

ALINE OLIVEIRA SILVA

**AS REPRESENTAÇÕES DA AIDS PARA A TERCEIRA IDADE, SOB UMA
PERSPECTIVA DE GÊNERO: SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES NOS
DOMÍNIOS DA VIDA DO IDOSO E FUNCIONAMENTO FAMILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS- BRASIL
2016

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa

T

S586r
2016

Silva, Aline Oliveira, 1989-

As representações da AIDS para a terceira idade, sob uma perspectiva de gênero : significados e repercussões nos domínios da vida do idoso e funcionamento familiar / Aline Oliveira Silva. – Viçosa, MG, 2016.

xvii, 95f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Maria das Dôres Saraiva de Loreto.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. AIDS (Doença) em idosos. 2. Idosos - Cuidado e tratamento. 3. Representações sociais. 4. AIDS (Doença). 5. Idosos. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Economia Doméstica. Programa de Pós-graduação em Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 618.97697

ALINE OLIVEIRA SILVA

**AS REPRESENTAÇÕES DA AIDS PARA A TERCEIRA IDADE, SOB UMA
PERSPECTIVA DE GÊNERO: SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES NOS
DOMÍNIOS DA VIDA DO IDOSO E FUNCIONAMENTO FAMILIAR**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 19 de fevereiro de 2016.



Érica Toledo de Mendonça



Lillian Perdigão Caixêta Reis



Maria das Dores Saraiva de Loreto
(Orientadora)

Com muito carinho, dedico este trabalho a todas as pessoas que vivem com o HIV, pelo exemplo de coragem e superação, em especial, aos idosos que realizam tratamento no SAE – JF que compartilharam comigo suas histórias de vida. Vocês foram fundamentais para a concretização desse trabalho.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”.

Cora Carolina

AGRADECIMENTOS

Á Deus pelas bênçãos concedidas ao longo da minha vida, por me amparar nos momentos difíceis e me dar forças para superar os obstáculos.

A minha mãe, Rose, pelo amor incondicional, carinho, apoio, pelas orações e confiança que sempre depositou em mim.

Ao meu irmão, pela amizade, por estar sempre presente e por torcer e acreditar em mim.

Ao meu pai, André, por ser meu anjo da guarda e guiar meus passos. Essa é mais uma conquista cheia de saudades.

Ao Hugo, por ser meu companheiro de todas as horas. Pelo seu apoio, carinho, amor, e por viver mais esse sonho comigo, sempre me motivando a seguir em frente.

Aos meus amados avôs, em especial a avó Maria, que tanta falta me faz.

Á tia Simone, tio Zé e Karen, por se fazerem tão presentes nos meus dias, pelas palavras de incentivo e por todo apoio.

Á minha orientadora Maria das Dores Saraiva de Loreto, por ter me proporcionado o primeiro contato com a pesquisa. O meu muito obrigado pela orientação, pelos ensinamentos e pela confiança.

A professora Simone Caldas Tavares Mafra pela coorientação e pelas contribuições para aperfeiçoar este trabalho.

As professoras Érica Toledo de Mendonça e LÍlian Perdigão Caixêta Reis por atenderem prontamente a minha solicitação para participarem da banca e pelas valiosas sugestões para o aprimoramento deste trabalho

Às professoras da pós-graduação em Economia Doméstica pelo conhecimento compartilhado.

Á Aloísia, Roberto e aos demais funcionários do DED, por estarem sempre dispostos a ajudar.

Aos colegas de mestrado, em especial, à Aline, Adriana, Érika, Jordana e Nádia, obrigada pela convivência, amizade e momentos de descontração.

A CAPES, pelo fomento financeiro imprescindível para a concretização da minha pesquisa.

A todos os funcionários do SAE-JF, por terem me acolhido tão bem. Em especial ao Oswaldo por autorizar que meu trabalho fosse realizado no SAE, pela

atenção e confiança durante os dias que estive realizando as entrevistas. E a Kátia pela paciência e por toda ajuda durante a abordagem aos pacientes. Não tenho palavras para agradecer.

Aos idosos que realizam tratamento no SAE-JF, por compartilharem comigo suas experiências de como é conviver com o HIV/AIDS na velhice. Vocês foram muito importantes para a realização deste estudo.

Enfim, a todos que acreditaram em mim, e contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Meu muito obrigado!

BIOGRAFIA

Aline Oliveira Silva, filha de André Bernardo da Silva e Rose Mary de Oliveira Silva, nasceu em Diadema, São Paulo, em 22 de maio de 1989.

Concluiu o ensino médio, na Escola Estadual Professor Samuel João de Deus, localizada na cidade de Paula Cândido-MG, em dezembro de 2007.

Em 2010, ingressou no curso de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, Minas Gerais, graduando-se em março de 2014.

Foi bolsista de iniciação científica (CNPq) entre agosto de 2011 a julho de 2013.

Em março de 2014, ingressou no Programa de Pós - Graduação em Economia Doméstica da UFV, em nível de mestrado, na área de concentração “Família e Sociedade”, linha de pesquisa “Família, Políticas Públicas, Desenvolvimento Humano e Social”.

Em fevereiro de 2016, submeteu-se à defesa da Dissertação, obtendo o título de *Magister Scientae* em Economia Doméstica.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
LISTA DE QUADROS.....	xiii
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi

1. A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM: UMA BREVE APRESENTAÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
3.1. Objetivo Geral.....	5
3.2. Objetivos Específicos.....	5
4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	5
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	6

ARTIGO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA: PERFIL E AÇÕES DE CONTROLE.....

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	9
1 - INTRODUÇÃO.....	9
1.1 - Objetivo.....	11
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 – O HIV/AIDS no Brasil.....	11
2.2 – Contextualizando o HIV/AIDS na Terceira Idade.....	13
3 - METODOLOGIA.....	15
4 - RESULTADOS.....	16
4.1 – A Epidemiologia da AIDS no Brasil.....	16
4.2 – A Epidemiologia da AIDS em Minas Gerais.....	20
5 - CONCLUSÕES.....	24
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

ARTIGO 2 – AS REPRESENTAÇÕES DA AIDS PARA IDOSOS SOROPOSITIVOS SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO.....

RESUMO.....	29
ABSTRACT.....	29
1 - INTRODUÇÃO.....	29
1.1 – Objetivo.....	31
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	31
2.1 - As Representações Sociais e a AIDS.....	31
2.2 – O Gênero como Categoria de Análise.....	36
3 - METODOLOGIA.....	38
3.1 – Tipo de Pesquisa.....	38

3.2 – Local de Estudo.....	39
3.3 – População e Amostra.....	39
3.4 – Instrumentos de Coleta de Dados e Categorias de Análise.....	40
3.5 – Procedimentos de Análise dos Dados.....	41
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
4.1 – Perfil Socioeconômico do Idoso Soropositivo.....	42
4.2 – As Representações dos Idosos Sobre a AIDS.....	47
5 - CONCLUSÕES.....	54
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ARTIGO 3 – FATORES INTERVENIENTES PARA A AQUISIÇÃO DA DOENÇA E AS REPERCUSSÕES DO HIV/AIDS SOBRE OS DOMÍNIOS DA VIDA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR DO IDOSO.....

RESUMO.....	60
ABSTRACT.....	60
1 - INTRODUÇÃO.....	60
1.1 – Objetivo.....	62
2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	62
2.1 – Consequências e Implicações do HIV/AIDS na Terceira Idade.....	62
3 - METODOLOGIA.....	65
3.1 – Tipo de Pesquisa.....	65
3.2 – Local de Estudo.....	65
3.3 – População e Amostra.....	66
3.4 – Instrumentos de Coleta de Dados e Categorias de Análise.....	67
3.5 – Procedimentos de Análise dos Dados.....	68
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	68
4.1 – Fatores Intervenientes na Aquisição da Doença pelos Idosos.....	68
4.2 – As Repercussões do HIV/AIDS sobre os Domínios da Vida dos Idosos.....	73
4.3 – As Repercussões do HIV/AIDS sobre o Funcionamento Familiar do Idoso.....	78
5 – CONCLUSÕES.....	83
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
APÊNDICES.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- ALCESTE** – Analyse Lexicale Par Contexte D'un Ensemble de Segments de Texte.
- CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento.
- DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- GEDAE** – Grupo Espírita de Ajuda aos Enfermos.
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana.
- OMS** – Organização Mundial da Saúde.
- ONU** – Organização das Nações Unidas.
- PAM** – Planos de Ações e Metas.
- POA** – Plano Operativo Anual.
- SAE** – Serviço de Assistência Especializada.
- SICLOM** – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.
- SIM** – Sistema de Informação Sobre Mortalidade.
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- SISCEL** – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais.
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UCE** – Unidade de Contexto Elementar.
- UCI** – Unidade de Contexto Inicial.
- UDM** – Unidades de Dispensação de Medicamentos.
- UFV** – Universidade Federal de Viçosa.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Dendrograma de distribuição das classes nas representações sociais dos idosos sobre a AIDS.....	48
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de Detecção de AIDS (por 100 mil habitantes) segundo Unidade de Federação e Capital de Residência. Brasil, 2013	17
Figura 2 - Casos de AIDS em Minas Gerais de 1983 a 2014	21
Figura 3 - Casos de AIDS por sexo, no período de 1983 a 2014.....	22
Figura 4 - Casos de AIDS em Idosos em Minas Gerais por Município de Residência – 2010 a 2015	23
Figura 5 - Análise Fatorial de Correlação, gerada pelo Alceste.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sexo dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.....	42
Gráfico 2 - Faixa etária dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.	43
Gráfico 3 - Raça dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.....	43
Gráfico 4 - Escolaridade dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.	44
Gráfico 5 - Estado civil dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.....	45
Gráfico 6 - Renda média dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.....	46
Gráfico 7 - Cidade onde vivem os idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015...	46

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Casos de AIDS notificados no Sinan, declarado no SIM e registrado no Siscel/Siclom, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2014.....	19
---	----

RESUMO

SILVA, Aline Oliveira, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2016. **As representações da AIDS para a terceira idade, sob uma perspectiva de gênero: significados e repercussões nos domínios da vida do idoso e funcionamento familiar.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientadora: Simone Caldas Tavares Mafra.

A contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é mundialmente prevalente e tem se intensificado nas últimas décadas, principalmente na população acima dos 60 anos, emergindo como um desafio para o Brasil, no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que garantam o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Nesse sentido, as principais questões que essa pesquisa pretendeu responder foram: Qual é a realidade da infecção pelo vírus HIV/AIDS em população idosa no Brasil e, em especial, em Minas Gerais? Quais são as representações dos idosos sobre a AIDS? Quais são os motivos e reações dos idosos frente à aquisição da doença, sob uma perspectiva de gênero? Quais são as repercussões do HIV/AIDS sobre os domínios da vida do idoso (a) e o funcionamento familiar? Diante dessa realidade, o objetivo geral desse trabalho centrou-se em analisar as representações da AIDS para a população idosa, examinando seus significados e repercussões, sob uma perspectiva de gênero. Tratou-se de uma pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa, uma vez que ambas as abordagens se complementam, com caráter exploratório-descritivo e do tipo estudo de caso. Para satisfazer os objetivos propostos, a população envolvida compreendeu homens e mulheres idosos (60 anos ou mais) com HIV/AIDS, que realizam o tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE), em Juiz de Fora/MG. Procurou-se trabalhar com os pacientes idosos que abriram o prontuário no período de 2007 a 2013, e que se consultaram nos últimos 6 meses (anteriores a junho de 2015), sendo então considerados assíduos. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados, por meio da análise de conteúdo e através do uso do “Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte” (ALCESTE), sendo posteriormente discutidos a partir da literatura relacionada. Os resultados mostraram que os idosos têm conhecimento sobre a AIDS, mas que, no entanto, acreditam que faltam mais informações direcionadas especialmente para a faixa etária, acima de 60. Assim, alguns ainda se sentem vulneráveis devido à falta de informações, bem como à

crença errônea de que somente os jovens poderiam adquirir a doença, o que os leva, muitas vezes, a esconderem o diagnóstico de outras pessoas. Quanto às representações sobre a AIDS, a maioria dos idosos associa a doença com aspectos relacionados ao medo e falta de prevenção, mas também associam à cura e aos exames. Tais representações demonstram a possibilidade da convivência com a doença, apesar de remeter a palavras tristes, também leva os idosos a pensarem nos cuidados que precisam ter tanto com a saúde quanto com a questão da transmissão. No que se refere à categoria gênero, para a análise das representações dos idosos sobre a AIDS, pode-se observar que essa variável atributo se destacou nas classes referentes ao nível de conhecimento sobre as políticas públicas de controle e prevenção e na classe tratamento e mudanças ocorridas. Em relação às repercussões da AIDS nos domínios da vida dos entrevistados, para a maioria dos idosos não ocorreram mudanças significativas em seus domínios da vida. Nas questões relacionadas ao funcionamento familiar, destacou-se a questão de alguns idosos entrevistados manterem sigilo acerca da doença e, devido a isso, não vivenciarem mudanças em seu relacionamento com a família. Contudo, para os idosos que afirmaram terem contado para a família sobre a doença, a maior parte se sentiu acolhida, o que acarretou benefícios na vida dos entrevistados. Vale ressaltar que, para o portador do HIV, enfrentar a doença sozinho gera diversos sentimentos negativos, onde a falta de apoio da família e de amigos traz consequências negativas na adesão ao tratamento, no isolamento do paciente e na dificuldade em que o idoso tem em buscar ajuda. Nesse sentido, pode-se concluir que o aumento da incidência da AIDS na população idosa está ligado muitas vezes à falta de informações, considerando que a forma predominante de contágio é a sexual, bem como à crença errônea de que as pessoas idosas não possuem vida sexual ativa, o que conduz o grupo a não se prevenir. Dessa forma, diante do aumento de casos de HIV/AIDS na terceira idade, cabe aos familiares e aos profissionais de saúde informarem aos idosos que estes também fazem parte do grupo de risco, buscando alternativas, principalmente políticas e programas de prevenção, de forma a contrapor às situações de estigma e discriminação.

ABSTRACT

SILVA, Aline Oliveira. M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2016. **The representations of AIDS for seniors, from a gender perspective: meanings and repercussions in their fields of life of the elderly and family functioning.** Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Advisor: Simone Caldas Tavares Mafra.

The contamination by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) is widely prevalent and has intensified in the recent decades, especially in the population over 60 years. That's a challenge to Brazil to establish public policies and strategies that ensure the scope of preventive measures and that improve the quality of life of these people. Thus, the main questions that this research intended to answer were: What is the reality of infection by HIV/AIDS in the elderly population in Brazil, especially in Minas Gerais? What are the representations of the elderly people about AIDS? What are the motives and reactions of the elderly on the acquisition of the disease, from a gender perspective? What are the impacts of HIV/AIDS on elderly people life and their family functioning? According to this reality, this study focused on analyzing the AIDS representations in the elderly population, examining its meaning and implications, from a gender perspective. This was a quantitative and qualitative research, since both approaches are complementary, with an exploratory and descriptive character and a study case. To meet the proposed objectives, the people involved consisted of elderly men and women (60 and older) with HIV/AIDS, who are treated in the Specialized Care Service (SAE), in Juiz de Fora/MG. This research tried to work with elderly patients who have opened the records from 2007 to 2013, and consulted assiduously in the last 6 months (prior to June 2015). To collect data, it was used the semi-structured interview. Data were analyzed through content analysis and by the "AnalyseLexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte" (ALCESTE). It was also discussed later according to the related literature. The results showed that the elderly people have knowledge about AIDS, however, they believe that is necessary more information, especially for the age group above 60. So, some still feel vulnerable due the lack of information and the erroneous belief that only young people could get the disease, which leads often to hide the diagnosis from other people. About the representations of AIDS, most elderly associate the disease with aspects related to fear and lack of prevention, but they also associate it with healing and the exams. Such representations demonstrate the possibility of

living with the disease, although the sad words they used. It also leads the elderly to think about the care that they need to have, not only with health, but also with the transmission. To analyze the representations of older people about AIDS, with regard to the gender category, it can be observed that this variable excelled in classes on the level of knowledge about public policy control and prevention and treatment class and change over time. Regarding the impact of HIV/AIDS on the lives of the interviewed, for most of them, there were no significant changes in their lives. With regard to issues related to family functioning, it stood out that some of them keep secret about the disease, and because of this, they do not experience changes in their relationship with family. However, for elderly people who have told to their families about the disease, most of them were welcomed, leading to the benefits in their lives. It is worth mentioning that for the HIV carrier, it's very hard to face the disease alone and that generates many negative feelings, where the lack of support from family and friends has negative consequences on adherence to treatment, the patient's isolation and the difficulty that the elderly have in seek help. So, it can be concluded that the increased incidence of AIDS in the elderly population is linked to the lack of information, considering that the predominant form of transmission is sexual, and it's a mistake to believe that elderly people do not have a sexual life. That's one of the reasons that lead people to no prevent themselves. Thus, considering the increase of HIV/AIDS cases in the elderly, it is an on obligation for families and for the health professionals inform the elderly people that they are also part of a risk group. It's also necessary to seek for alternatives, especially prevention policies and programs in order to counter the stigma and discrimination situations.

1 – A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM: UMA BREVE APRESENTAÇÃO

A contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é mundialmente prevalente e tem se intensificado nas últimas décadas, principalmente na população acima dos 60 anos. No Brasil, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, foram registrados 608.230 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), conforme apontam Vasconcelos et al (2013).

De acordo com Silva et al (2011), a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a infecção pelo HIV/AIDS atinja em torno de 40 milhões de pessoas no planeta. Deste total, 2,8 milhões de indivíduos têm idade superior a 50 anos. No Brasil, a AIDS tem se configurado como um problema de Saúde Pública pelo aumento da circulação do vírus na população em geral.

Brasil (2008), citado por Gomes et al (2010), esclarece que atualmente fala-se de comportamento de risco e não mais de grupos de riscos, pois o vírus se espalhou de forma geral deixando de se concentrar somente em grupos específicos. Para Butler e Lewis (1985), citados por Gomes et al (2010), os estudos mais recentes sobre o HIV também incluem os idosos, pois estes passaram a apresentar comportamentos de risco, uma vez que continuam tendo vida sexual ativa, sem usar mecanismos de proteção adequada, contribuindo assim para o aumento da incidência de HIV/AIDS nessa faixa etária.

Segundo dados do Ministério de Saúde, dos casos registrados no Brasil sobre a doença, 2,1% são de idosos, sendo a maioria do sexo masculino, um perfil de notificação que vem se intensificando e tem como forma predominante de infecção a relação sexual. Alguns aspectos são apontados para o aumento da doença na Terceira Idade, como: o incremento da notificação de infecção pelo HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas que vivem com o vírus (SILVA, et al 2011).

Araujo et al (2007) comentam a esse respeito, declarando que, no Brasil, os casos de HIV/AIDS na faixa etária acima de 60 anos acontecem predominantemente por transmissão sexual. Em virtude da estigmatização da terceira idade, é comum pensar o envelhecimento sem sexualidade. Essa falha acarreta graves consequências, sobretudo para a prevenção, pois esta só vai ocorrer caso os familiares e profissionais de saúde estejam atentos para discutir abertamente as formas de prevenção.

Conforme Sousa et al (2009), a AIDS deixou de ser uma doença de segmentos populacionais sob particular risco, disseminando-se para a população em geral. Brito et al (2000) corroboram esse resultado, afirmando que essa doença está passando por transformações, uma vez que tem se observado um quadro da epidemia da AIDS marcado pelos processos de heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização.

Para Souza et al (2012), dois fatores podem estar relacionados ao aumento crescente dos casos de HIV/AIDS em idades mais avançadas. O primeiro se deve àqueles idosos que possuem, entre outros fatores, mais recursos, o que contribui para o acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa. A existência de tabu sobre a sexualidade na terceira idade é o segundo fator. É enganoso pensar que as pessoas idosas não possuem atividade sexual e não fazem uso de drogas; assim, de modo geral, estas pessoas estão menos informadas sobre a AIDS e pouco conscientes de como se proteger.

Deste modo, um dos desafios para a prevenção da infecção pelo HIV/AIDS entre os idosos é a crença errônea de que estes não estão em risco de contrair o vírus. A falta de consciência dos profissionais de saúde também é uma barreira para a educação dos idosos sobre os riscos da doença. Nesse sentido, como destacam Gomes e Silva (2008), seria importante a realização de ações de prevenção e capacitação dos profissionais de saúde, o que possibilitaria que um maior número de pessoas idosas fossem orientadas sobre o assunto; diminuindo, assim, a crescente disseminação desta doença nessa faixa etária.

Além disso, como apontam Saldanha et al (2009), desde seu surgimento, a AIDS vem assumindo um paradigma de doença orgânica que requer uma abordagem biopsicossocial, determinando uma crise multidimensional, que não afeta apenas as pessoas contaminadas, mas também seus parceiros sexuais, familiares, profissionais de saúde e a comunidade.

Nesse contexto, o problema em questão está centrado não somente no aumento da incidência da infecção pelo HIV/AIDS na população idosa, mas principalmente, em conhecer seu significado e as consequências que o HIV/AIDS acarreta sobre os domínios da vida dos idosos e sobre o funcionamento familiar.

Segundo Addams (2005), os principais domínios ou partes da vida de um indivíduo envolvem as seguintes esferas: trabalho, vida familiar, saúde, religião, amizades, situação financeira, tempo livre e vizinhança. Esses domínios podem ser

percebidos pelos indivíduos de forma diferenciada, em função da importância dos mesmos na vida das pessoas, ambiente vivenciado e fases do ciclo de vida. Por outro lado, o funcionamento familiar diz respeito à forma de organização e envolvimento familiar, apoio e proteção, além de flexibilidade frente às situações adversas e imprevistas. Como destaca Bray (1995), o funcionamento familiar está associado à composição familiar, aos processos familiares (fatores comportamentais e interacionais), à organização familiar (regras e normas), além da afetividade, em termos das relações de afeto ou apoio.

Diante do exposto, os principais questionamentos que esta pesquisa pretendeu responder foram: Qual é a realidade da infecção pelo vírus HIV/AIDS em população idosa no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, em termos de perfil e ações? Quais são as representações dos idosos sobre a AIDS? Quais são os fatores intervenientes para a aquisição da doença e as reações dos idosos, sob uma perspectiva de gênero? Quais são as repercussões do HIV/AIDS sobre os domínios da vida do idoso (a) e o funcionamento familiar?

Considera-se que a análise das representações dos idosos sobre a AIDS se torna importante, uma vez que a partir de tal conhecimento é possível apreender o real significado que essa doença tem para os idosos, além de compreender de forma mais aprofundada como os idosos com HIV/AIDS convivem com a doença, de forma que as intervenções, em termos de políticas públicas, sejam mais efetivas.

2 - JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA

A relevância do tema em questão está ligada ao aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa, bem como ao reduzido número de campanhas direcionadas para esse público, que tem se tornado cada vez mais vulnerável a essa doença, trazendo como consequências perdas na vida dos idosos. Essas perdas não estão ligadas somente a coisas materiais, mas sim a perdas afetivas e de laços familiares, pois o idoso pode se isolar de outras pessoas por problemas de discriminação e preconceito. Sendo assim, o conhecimento sobre as suas representações a respeito da doença pode significar uma das estratégias para o processo de intervenção e atenuação de suas perdas nos diferentes domínios da vida.

Os estudos que associam o HIV/AIDS ao segmento idoso, como os de Cambuzzi e Lara (2012), Lôbo (2011) e Gomes (2010), têm se preocupado em examinar a epidemia da AIDS em idosos, analisar as representações de idosos sem AIDS sobre a doença e verificar como o problema vem sendo estudado. Em seu estudo, intitulado “HIV/AIDS em idosos brasileiros”, Cambuzzi e Lara buscaram, através de uma pesquisa bibliográfica, avaliar a epidemia da AIDS em idosos do Brasil, em relação aos seus aspectos epidemiológicos. Já Lôbo, em seu estudo intitulado “Vulnerabilidade ao HIV/AIDS: representações sociais de idosos residentes em zona rural” buscou conhecer as representações sociais sobre HIV/AIDS de idosos residentes em zona rural da Bahia, bem como identificar as formas de transmissão do HIV, concluindo que os idosos entrevistados possuíam conhecimento a respeito das formas de transmissão da doença; mas, no entanto, suas representações ainda estavam ligadas a situações que podem colocá-los em situações de vulnerabilidade à aquisição do vírus. Por fim, o estudo de Gomes, intitulado “HIV/AIDS na Terceira Idade”, procurou averiguar na produção científica dos enfermeiros, como, no Brasil e no estado de Goiás, o problema vinha sendo estudado, buscando propor estratégias que possibilitassem equacionar a problemática em estudo.

A pesquisa em questão, por outro lado, pretendeu investigar os significados e as repercussões do HIV/AIDS sobre os domínios da vida do idoso, bem como suas interferências no funcionamento familiar, considerando uma abordagem de gênero, buscando examinar as diferenças e semelhanças entre os sexos, em função das suas representações sociais.

Vale ressaltar que as representações sociais se referem aos elementos simbólicos pelos quais o homem se expressa, mediante ao uso de palavras e de gestos. No caso desta pesquisa, pressupõe-se que através dos relatos dos próprios idosos pode-se evidenciar os problemas que são vivenciados por eles devido a AIDS; ou seja, o que de fato a AIDS significa para eles. Trabalhar com os relatos de pessoas que vivenciam determinada situação facilita o entendimento de determinado fenômeno, uma vez que os envolvidos na pesquisa se manifestam a respeito da temática investigada, propiciando respostas ao problema em questão.

3 – OBJETIVOS

3.1 – Objetivo Geral

Analisar as representações da AIDS para a população idosa, examinando seus significados e repercussões, sob uma perspectiva de gênero.

3.2 – Objetivos Específicos

Especificamente, buscou-se:

- Caracterizar a infecção pelo HIV/AIDS em população idosa no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, identificando seu perfil e as ações governamentais para seu controle e prevenção;
- Identificar o perfil socioeconômico do idoso (a) portador do vírus HIV/AIDS atendido no Serviço de Assistência Especializada (SAE);
- Examinar o significado da AIDS na vida do idoso (a), considerando suas reações, formas de agir e estratégias adotadas, sob uma perspectiva de gênero;
- Analisar os fatores intervenientes para a aquisição da doença, bem como as repercussões que a doença causa sobre os domínios da vida do idoso (a) e funcionamento familiar.

4 – ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A partir da definição dos objetivos específicos, estruturou-se a dissertação em 3 artigos, conforme apresentado a seguir.

Artigo 1: Caracterização da Infecção pelo HIV/AIDS na População Idosa: Perfil e Ações Governamentais para seu Controle.

Esse artigo objetivou caracterizar, por meio de pesquisa censitária e documental a infecção pelo HIV/AIDS em população idosa, no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, identificando o seu perfil e as ações governamentais para o controle e prevenção da doença.

Artigo 2: As Representações da AIDS para Idosos Soropositivos sob uma Perspectiva de Gênero.

O artigo 2 sobre representações buscou, através de entrevistas com idosos soropositivos, identificar o perfil socioeconômico do idoso (a) portador do vírus HIV/AIDS, bem como os fatores intervenientes na aquisição da doença, além de examinar o significado da AIDS na vida do idoso (a) considerando suas formas de agir e estratégias adotadas, sob uma perspectiva de gênero.

Artigo 3: Fatores Intervenientes para a Aquisição da Doença e as Repercussões do HIV/AIDS sobre os Domínios da Vida e Funcionamento Familiar do Idoso.

Diante da importância do suporte familiar ao idoso portador do vírus HIV/AIDS no seu processo de adaptação à doença, o artigo 3 buscou ouvir os idosos para identificar os fatores intervenientes na aquisição do HIV/AIDS, além de examinar as repercussões que a doença pode causar nos domínios da vida do idoso e no funcionamento das famílias.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDAMS, Jane. Age and relative importance of major life domains. **Journal of Aging Studies**, v. 19, n. 4, p. 503-512, 2005.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n.4, p.544-54, 2007.

BRAY, James. H. Family assessment: current issues in evaluating families. **Journal of Family Relations**, v. 44, n. 4, p. 469-477, 1995.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.v.34, n.2, p. 207-217, 2000.

CAMBRUZZI, Cláucia; LARA, Gustavo Muller. HIV/Aids em Idosos Brasileiros. **Revista Conhecimento Online**. Ano 4, v.1, p.1-12, 2012.

GOMES, Rodriene Carmen; MOTA; Susy Lidianny; GUIMARÃES, Celma Martins. HIV/aids na terceira idade. **Estudos**, v. 37, n. 1/2, p. 169-185. 2010.

GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Claudio Moss da. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/Aids: uma revisão. **Vitalle**. v.20, n.1, p. 107-122. 2008.

LÔBO, Márcio Pereira. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS: Representações Sociais de Idosos Residentes em Zona Rural**. 2011, 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2011.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho de. Envelhecer com AIDS: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Interamerican Journal of Psychology**. v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SILVA, Helony Rodrigues da; MARREIROS, Maria do Ó Cunha; FIGUEIREDO, Thiago Silveira; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiologia Serviço de Saúde [online]**. v.20, n.4, p. 499-507, 2011.

SOUSA, Ana Carla A.; SUASSUNA, Daniella SB; COSTA, Stênio ML. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com Aids. **DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.21, n.1, p. 22-26, 2009.

SOUZA, Luis Paulo Souza e; OLIVEIRA, Marcos Vinícius Rodrigues; SILVEIRA, Waldete Ruas de Mendonça; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; MESSIAS, Romerson Brito; SILVA, José Rodrigo da. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. v.15, n.4, p. 767-776. 2012.

VASCONCELOS, Monica Ferreira de; MATIAS, Rebecca Buriti; MELO, Davi de Assis Cordeiro de; CUNHA, Fernanda Carla Guedes. Aids em Idosos: Produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. In: **III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Campina Grande, Paraíba, 2013.

ARTIGO 1

CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA: PERFIL E AÇÕES DE CONTROLE

CARACTERIZAÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA: PERFIL E AÇÕES DE CONTROLE

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a infecção pelo HIV em população idosa, no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, identificando seu perfil e as ações governamentais para o controle e prevenção da doença. Para tanto, foi realizada pesquisa censitária e documental, a partir da base de dados do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciaram que ao longo dos últimos dez anos, ocorreu um aumento na taxa de detecção do HIV/AIDS entre os idosos no Brasil. Em 2014, foram notificados 758 casos de AIDS em idosos, sendo deste total, 300 (39,6%) em mulheres e 458 (60,4%) em homens. Em Minas Gerais, dos 186 municípios que registraram casos de AIDS em idosos, 87 predominaram com 1 caso, destacando-se com maior incidência Belo Horizonte, com 183 casos, Uberlândia com 63 casos e Juiz de Fora com 41 casos. Fica claro que não direcionar a atenção para essa faixa etária conduz ao agravamento do problema, que poderia ser prevenido, através de campanhas, que apresentem abertamente a problemática, uma vez que a ausência de informação muitas vezes é a causa principal para a aquisição da doença entre os idosos; pois, como mostram os estudos, a forma de contágio predominante é a sexual. Conclui-se que é necessária a formulação de políticas públicas direcionadas para o segmento idoso, além da capacitação de profissionais da saúde para abordarem de forma direta esse assunto, e conscientizaram os idosos para o uso de preservativos e realização do teste rápido para detectar o vírus HIV.

Palavras-Chave: Infecção; HIV; Idosos.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the HIV infection in the elderly population in Brazil, especially in Minas Gerais, identifying their profile and the government actions to control and prevent the disease. Therefore, the research was according to census and documentaries carried out from the Ministry of Health database. The results showed that over the last ten years, there was an increase in the detection rate of HIV / AIDS among the elderly in Brazil. In 2014, it were reported 758 cases of AIDS in the elderly, 300 (39.6%) in women and 458 (60.4%) in men. In Minas Gerais, from the 186 municipalities that reported AIDS cases in the elderly, 87 found only 1 case, and the higher incidence was in Belo Horizonte, with 183 cases. It was also found 63 cases in Uberlândia and 41 cases in Juiz de Fora. It's obvious that do not direct attention to this age group leads to worsening the problem, which could be prevented through campaigns, that could openly talk about the problem, since the lack of information is often the main cause for the acquisition of this disease among the elderly. Therefore, as shown by the studies, the predominant form of infection is sexual. It is concluded that is necessary the formulation of public policies to the elderly segment, health professionals trained to combat this issue, as well as the awareness of the elderly to the use of condoms and the implementation of the rapid test to detect the virus HIV.

Keywords: Infection; HIV; Elderly.

1 – INTRODUÇÃO

A OMS define como idoso, em países subdesenvolvidos, os indivíduos com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, a partir de 65 anos (MENDES et al, 2005).

No Brasil é possível observar que a população vem envelhecendo de forma rápida, sendo essa mudança em sua estrutura caracterizada pela transição demográfica e pela queda acentuada nas taxas de mortalidade e de fecundidade

(RODRIGUES et al, 2007). Para Maschio et al. (2011), a soma desses dois fatores resulta no envelhecimento global, com as pessoas vivendo mais, ao mesmo tempo em que há um menor número de nascimentos.

Com o crescimento da população idosa aumenta também o número de casos de HIV/AIDS nessa população. A AIDS surgiu no início da década de 1980, sendo diagnosticado o primeiro caso no Brasil na cidade de São Paulo, tornando-se rapidamente uma epidemia mundial e atingindo atualmente a população em geral. A população idosa, de início, praticamente não foi atingida pela AIDS, tendo nos primeiros cinco anos de epidemia apenas quatro casos diagnosticados em pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil. Nesta época considerava-se que os idosos tinham uma vida sexual inativa (GODOY et al 2008).

A problemática do envelhecimento e da AIDS no Brasil passa por uma questão cultural e de exclusão e concentra-se principalmente no preconceito social relacionado ao sexo nesta faixa etária. Juntamente a isto, a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e a AIDS entre os idosos é algo complexo e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública, uma vez que estas concentram sua atenção especialmente para a população jovem (POTTES et al 2007).

Apesar de a sexualidade ser uma temática de saúde pública, pode-se identificar que a produção científica acerca do tema, quando correlacionada ao envelhecimento, não é significativa; além disso, o sentido da sexualidade sempre esteve atrelado a um conjunto de valores, sendo que a presença desta, na terceira idade, ainda é vista pelas pessoas como algo inexistente e até mesmo inadequado (JARDIM, 2012).

Segundo Seffner (1998), mais que uma doença, hoje o HIV/AIDS configura-se como um fenômeno social de amplas proporções, que confronta com princípios morais, religiosos, éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e a moralidade conjugal.

Nesse contexto, a relevância desse artigo está centrada na importância de compreender qual é a real situação da epidemia da AIDS na população idosa no Brasil e, em especial, em Minas Gerais; além de identificar se existem ações governamentais para o controle e prevenção da doença, direcionadas para o segmento idoso.

1.1 – OBJETIVO

Caracterizar a infecção pelo HIV/AIDS em população idosa, no Brasil e em especial, em Minas Gerais, identificando seu perfil e as ações governamentais para o controle e prevenção da doença.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Procurou-se na revisão de literatura, descrever sobre os tópicos relativos à caracterização do HIV/AIDS, em especial, sobre seu histórico no Brasil e sua contextualização na Terceira Idade.

2.1 – O HIV/AIDS no Brasil

Em 1981, foi identificada a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida frequentemente como AIDS, que se tornou um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus HIV representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência, nas diferentes regiões do mundo, depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO et al., 2000).

As pessoas infectadas pelo HIV evoluem para uma grave disfunção no sistema imunológico à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, que são as principais células alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4 + é um importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizado tanto na avaliação do tratamento e do prognóstico, quanto em uma das definições de caso de AIDS, com fins epidemiológicos (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2004), a evolução do HIV é marcada por 3 fases: infecção aguda, infecção assintomática e infecção evolutiva. A infecção aguda pode surgir semanas após a infecção inicial, com manifestações variadas, que podem se assemelhar a um quadro gripal ou, mesmo, a uma mononucleose. Nessa fase, os sintomas são autolimitados e quase sempre a doença não é diagnosticada, devido à semelhança com outros sintomas virais. A infecção assintomática possui duração variável (anos), enquanto a fase evolutiva é aquela em que a doença se apresenta sintomática; ou seja, onde a AIDS se manifesta sob a forma mais grave. É definida

por diversos sinais e sintomas, tais como: febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia, adenomegalia, tuberculose, toxoplasmose cerebral, candidíase e meningite por criptococos.

Conforme Seffner (1998), além de se tratar de uma síndrome ou um conjunto de doenças que deriva da infecção e manifestações do vírus HIV, a AIDS também provoca danos sociais e morais, onde o indivíduo infectado procura abrigo muitas vezes, na religião. Isso requer dos profissionais de saúde, conhecimentos aprofundados sobre a doença, a ética, a psicologia, entre outros.

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2010, o Brasil contava com 592.914 casos registrados de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), sendo a taxa de incidência de AIDS no Brasil de 20,1 casos por 100 mil habitantes, na população geral (CAMBRUZZI; LARA, 2012).

Na década de 1980, a epidemia da AIDS no Brasil atingia principalmente as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo, sendo que os casos se caracterizavam, em sua maioria, por serem do sexo masculino, por possuírem alto nível socioeconômico e por pertencerem às categorias de transmissão homo/bissexuais masculinos, além dos portadores de hemofilia ou receptores de sangue. Segundo Brasil (2007), citado por Gomes e Silva (2008, p.3):

“Desde o começo, o grupo etário mais acometido, em ambos os sexos, tinha entre 20 e 39 anos de idade. Porém, segundo dados do Ministério da Saúde (2007), entre os anos de 1996 e 2006, houve um aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos de idade. Para essa faixa etária, nos homens, a taxa de incidência passou de 5,8 para 9,4, e nas mulheres, cresceu de 1,7 para 5,1 por 100.000 habitantes”.

Além disso, ao longo do tempo, foi possível observar uma crescente ocorrência de casos em indivíduos com grau de escolaridade mais baixo, como também entre os usuários de drogas injetáveis. Para Rodrigues Junior e Castilho (2004), o aumento dos números de casos nos indivíduos com menor escolaridade está associado à pior condição de cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência médica para cidadãos de baixa renda.

Segundo Brito et al (2000), a situação atual da epidemia no Brasil é resultado das desigualdades da sociedade brasileira, revelando-se, uma doença de múltiplas dimensões com transformações em seu perfil epidemiológico ao longo do tempo.

Até o momento não existe cura para a AIDS; entretanto, o tratamento inclui agentes antirretrovirais. Conforme Bouundy et al (2004), citados por Cambruzzi e

Lara (2012), esses fármacos são usados em diversas combinações e têm como função inibir a replicação viral do HIV. Os agentes imunomoduladores reforçam o sistema imune, enquanto os fármacos anti-infecciosos e antineoplásicos combatem as infecções oportunistas e cânceres associados.

2.2 - Contextualizando o HIV/AIDS na Terceira Idade

O aumento da incidência de HIV/AIDS na população acima dos 50 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como desafio para o Brasil, no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que garantam o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (SANTOS; ASSIS, 2009).

Os avanços da indústria farmacêutica e da medicina, que permitem o prolongamento da vida sexual ativa, juntamente com a desmistificação do sexo, colocam as pessoas da terceira idade no grupo dos vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, como, por exemplo, a infecção pelo vírus HIV, agente causador da AIDS ou SIDA (Melo et al, 2002).

De acordo com Gomes e Silva (2008), na década de 1980, o número de casos de AIDS em pessoas idosas, notificados ao Ministério da Saúde era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Já na década de 1990, Brasil (2007), citado por Gomes e Silva (2008), relata que se verificou um total de 2.681 em homens e 945 em mulheres; ou seja, um aumento de 1.017 % e 70,2 %, respectivamente.

Prilip (2004) esclarece que, até meados dos anos 1980, quando os métodos para seleção de doadores e controle de sangue não eram tão rigorosos, a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para a aquisição do vírus HIV entre os idosos, chegando a ser apontada como responsável pela maioria das contaminações ocorridas em pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente observa-se que a maioria dos casos de AIDS nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis.

A autora citada ainda esclarece que pesquisas na área médica atribuíram o aumento da incidência de HIV/AIDS entre os idosos aos tratamentos hormonais, as próteses e aos medicamentos, como o Viagra, que estão ampliando a vida sexual da população idosa. Agrupado a isso, ainda existe a falta de informações sobre a

doença, preconceitos contra o uso de preservativos e a ausência de ações preventivas voltadas para a terceira idade.

Maschio et al. (2011) esclarecem que uma grande parte da sociedade tenta negar a sexualidade do idoso, pois acham “feio” e se recusam a aceitar que o idoso possa querer “namorar”. Esquecem que a sexualidade é também expressada na afetividade, essencial ao ser humano. Não reconhecer os idosos como uma população de risco, é um fator contribuinte para o aumento do número de casos de AIDS entre as pessoas com 60 anos ou mais, como comentado por Vieira (2004), citado por Saldanha (2009, p. 324):

“O fato da sexualidade nesta faixa etária ser tratada como tabu, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral, faz com que a AIDS não se configure como ameaça, fazendo com que os profissionais de saúde não solicitem o teste HIV nos exames de rotina, ocasionando diagnóstico tardio, atrasando o tratamento com antiretrovirais e diminuindo a sobrevida dessas pessoas”.

Tal constatação também foi evidenciada nos relatos de Prilip (2004), ao evidenciar que a infecção pelo HIV é frequentemente diagnosticada no idoso apenas depois de uma investigação extensa e por eliminação de outras doenças, o que causa um atraso no diagnóstico e no tratamento. Em um estudo realizado com pacientes idosos portadores de HIV no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, observou-se um fator complicador para o tratamento da doença nesta faixa etária, que é a demora no diagnóstico.

Outra pesquisa realizada por Gross (2005), em duas Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro, através do levantamento dos prontuários de pacientes portadores de HIV, com mais de 60 anos de idade, até o ano de 2004, constatou que foram registrados 1579 pacientes, dos quais 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino. No que se refere à raça, 58% eram da cor branca e 42% de outra cor. Quanto ao estado civil, 71,1% eram solteiros, viúvos ou separados e 28,9% eram casados. Quanto ao grau de instrução, 78,7% eram analfabetos ou tinham o 1º grau completo, 14,2% possuía o 2º grau completo e apenas 7,1% o ensino superior. No que se refere à condição de trabalho, 56% eram aposentados e 44% ainda estavam em atividade. Houve um equilíbrio entre a renda média dos grupos estudados, sendo que aqueles que recebiam de 1,0 a 3,0 salários mínimos compreenderam 38,9%, enquanto os que ganhavam de 4,0 a 6,0 salários mínimos era equivalentes a 22,2%. Quanto ao motivo que levou ao primeiro atendimento no serviço, o principal deles foi o encaminhamento pós-internação hospitalar, com 62%; seguido das queixas

clínicas, com 22%; e, com 6%, estão os pacientes para os quais o motivo para procurar o atendimento foi por possuírem um parceiro soropositivo para o HIV e o acompanhamento após o próprio exame anti-HIV ter mostrado um resultado positivo. Do total da amostra, 82% tiveram algum tipo de contato sexual desprotegido, 15,4% foram hemotransfundidos e 2,6% relataram serem usuários de drogas injetáveis.

As pessoas idosas mais atingidas são aquelas que perderam o cônjuge, pois assim ficaram solitárias e foram seduzidas por indivíduos, muitas vezes desconhecidos, e eventualmente portadores do HIV. São as mulheres, em parte, as principais vítimas desse envolvimento, pois, como se sabe, a expectativa de vida entre os homens é menor. Por outro lado, os homens, a partir dos 50 anos, começam a se relacionar novamente, viúvos ou não, e quase sempre com mulheres mais jovens. Nesse sentido, entre os idosos que descobrem serem portadores do vírus HIV há basicamente dois perfis clássicos: o homem casado que se infecta com uma parceira mais jovem e as viúvas que redescobrem o sexo (GROSS, 2005).

Para Gorinchteyn (2005), citado por Gomes e Silva (2008), a AIDS nesse grupo etário revela certos hábitos que, até então, não eram evidenciados, como, por exemplo, a sexualidade, que fica escondida na pele enrugada e nos cabelos brancos, onde a libido é mascarada pelo preconceito.

3 – METODOLOGIA

Visando atender o objetivo proposto, foi utilizado um método de investigação exploratório, pois o mesmo é extremamente flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, envolvendo neste caso, pesquisa censitária e documental (GIL, 1991).

Para tanto, foram realizadas buscas na base de dados do Ministério da Saúde com o intuito de mapear a infecção pelo HIV/AIDS em população idosa (utilizado nesse estudo a faixa etária 60 anos ou mais) no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, bem como para a identificação das ações governamentais praticadas para seu controle e prevenção. Pretendeu-se identificar os dados recentes sobre os casos de AIDS em idosos; qual era o sexo mais atingido pela doença; como estavam distribuídos os casos de AIDS em idosos nos municípios de Minas Gerais e quais eram as ações governamentais direcionadas para o segmento idoso.

Por fim, devido à dificuldade em se encontrar os dados referentes aos casos de AIDS em idosos e visando complementar os dados censitários já obtidos junto ao Ministério da Saúde, foram realizados contatos via e-mail com a Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, a Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde (através do Serviço de Informação ao Cidadão - SIC), com a finalidade de se obter informações referentes aos casos de AIDS em idosos em Minas Gerais, bem como as ações governamentais para o controle e prevenção da doença, desenvolvidas em nível nacional e estadual.

4 – RESULTADOS

4.1 - A Epidemiologia da AIDS no Brasil

No que se refere, aos números de casos de AIDS identificados no Brasil, de acordo com os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, até junho de 2014, foram notificados no Sinan NET, 70.677 casos de infecção pelo vírus HIV entre adultos. O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais estima que aproximadamente 734 mil pessoas estejam vivendo com AIDS, o que corresponde a uma prevalência de 0,4% (BRASIL, 2014).

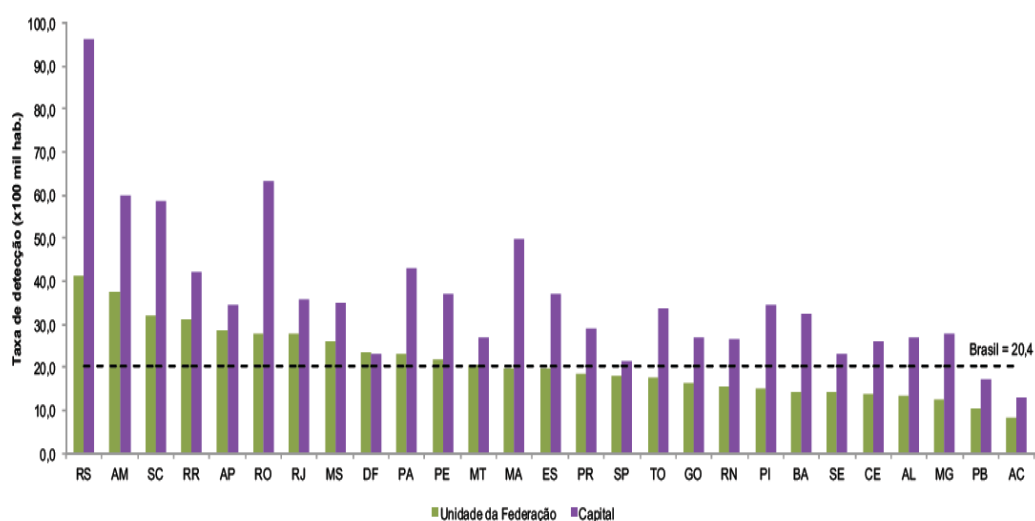
Dados obtidos por Brasil (2014) apontaram que, desde o início da epidemia da AIDS, até junho de 2014, foram registrados no país 757.042 casos, sendo que 593.217 (78,4%) foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 42.006 (5,5%) no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e 121.819 (16,1%) no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Já em 2010, observou-se que a proporção de casos de AIDS provenientes do SINAN correspondia a 69,4%, passando para 64,8%, em 2013, apontando-se um aumento na subnotificação dos casos no SINAN. Além disso, ressalta-se que existem importantes diferenças nas proporções segundo as regiões do Brasil, pois o Norte, Nordeste e o Sudeste apresentam maior proporção de subnotificações em comparação com as regiões Sul e Centro-Oeste (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que a falta de notificações em determinadas regiões acarreta a dificuldade em se obter dados mais precisos sobre o número real de casos de AIDS.

Ainda de acordo com a fonte citada acima, a distribuição proporcional dos casos de AIDS por região do Brasil demonstra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, o que corresponde a 54,4% e 20,0%, do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014; enquanto as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% dos casos, respectivamente. Contudo, nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de AIDS. Em termos regionais, é possível constatar que o Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano, o Nordeste, 7,9 mil e o Sudeste 170 mil, enquanto que no Sul e Centro-Oeste foram registrados 8,6 mil e 2,7 mil, respectivamente.

No que se refere às taxas de detecção de AIDS entre as Unidades da Federação (UF), o ranking relativo a essa taxa indicava que, em 2013, os estados do Rio Grande do Sul e Amazonas apresentavam as maiores taxas, com valores de 41,3 e 37,4 casos para cada 100 mil habitantes. Também foi possível observar que quinze UFs apresentaram taxa inferior à média nacional, possuindo o Acre a menor taxa, com 8,6 casos para cada 100 mil habitantes. Em compensação, no que se refere às capitais, somente duas apresentaram valor inferior a média nacional, sendo essas, João Pessoa e Rio Branco, com taxas de 17,2 e 13,2 para cada 100 mil habitantes, enquanto Porto Alegre é a capital com maior taxa registrada em 2013 (BRASIL, 2014), como pode ser visto na Figura 1, abaixo especificada.

Figura 1 – Taxa de Detecção de AIDS (por 100 mil habitantes) segundo Unidade de Federação e Capital de Residência. Brasil, 2013⁽¹⁾.



Fonte: Boletim Epidemiológico (2014), MS/SVS/Departamento de DST, AIDS E Hepatites Virais.
 Nota: (1) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2014 e no SIM de 2000 até 2013.

Quanto ao sexo mais atingido pela doença, evidenciou-se que de 1980 até junho de 2014, foram registrados no Brasil 491.747 (65,0%) casos de AIDS em homens e 265.251 (35,0%) em mulheres. Entretanto, no período de 1980 até 2008 foi observado um aumento na participação das mulheres nos casos de AIDS. Contudo, a partir de 2009, observou-se uma redução nos casos de AIDS em mulheres e aumento nos casos em homens, cuja tendência se mantém nos últimos dez anos, observando-se que as taxas de detecção de AIDS em homens tem crescido, pois, em 2004, a taxa foi de 25,8 casos para cada 100 mil habitantes, passando para 26,9, em 2013, o que representa um incremento de 4,3%. Esse comportamento foi diferente para o segmento feminino, com uma tendência significativa de queda nos últimos dez anos, passando de 16,4 casos para cada 100 mil habitantes, em 2004, para 14,1 em 2013, representando uma queda de 14% (BRASIL, 2014).

Em relação à concentração de casos de AIDS no Brasil, observa-se que a maior concentração está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos, em ambos os sexos. Entre os homens essa faixa etária corresponde a 54,0% e entre as mulheres 50,3% do total de casos notificados, desde 1980 a junho de 2014 (BRASIL, 2014), como pode ser visto no Quadro 1.

Como pode ser observada, a maior concentração dos casos de AIDS, no Brasil, está entre os indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos. No entanto, entre os homens há um aumento da taxa de detecção entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais, nos últimos dez anos. Entre as mulheres observa-se um aumento entre aquelas com 15 a 19 anos, 55 a 59 anos e 60 anos (BRASIL, 2014).

Dessa forma, fica evidente que, mesmo que a concentração de casos de AIDS seja maior em pessoas mais jovens, ao longo dos últimos dez anos ocorreu um aumento na taxa de detecção entre os idosos, o que evidencia a necessidade de maior atenção a essa faixa etária. Como pode ser observado no Quadro 1, em 2014, foram notificados 758 casos de AIDS em idosos, sendo deste total de casos, 300 (39,6%) em mulheres e 458 (60,4%) em homens.

Quadro 1- Casos de AIDS notificados no Sinan, declarado no SIM e registrado no Siscel/Siclom⁽¹⁾, segundo sexo e faixa etária por ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2014^(2,3).

Faixa Etária	1980 - 2001 ⁽⁴⁾	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Masculino															
< 5 anos	3826	572	460	363	399	313	273	307	255	243	199	230	164	76	7680
5 a 9 anos	728	274	222	239	175	153	146	107	92	90	84	51	54	22	2437
10 a 14 anos	497	94	76	87	100	86	113	97	83	75	74	79	50	17	1528
15 a 19 anos	3695	269	271	238	205	228	243	298	281	317	355	438	483	225	7546
20 a 24 anos	18166	1568	1537	1374	1394	1385	1365	1603	1732	1905	2156	2394	2507	1035	40121
25 a 29 anos	38188	3390	3195	3224	3047	3045	3197	3513	3551	3706	3726	3744	3932	1650	81108
30 a 34 anos	44797	4877	4509	4236	4066	3826	3978	4090	4257	4276	4596	4511	4436	1762	98217
35 a 39 anos	34937	4884	4636	4458	4152	4082	3981	4046	3939	3742	4123	3943	3816	1517	86256
40 a 44 anos	22647	3553	3497	3496	3617	3432	3523	3675	3607	3572	3626	3380	3183	1279	66087
45 a 49 anos	13103	2197	2244	2270	2349	2292	2409	2663	2636	2559	2851	2680	2716	1078	44047
50 a 54 anos	7127	1235	1256	1360	1401	1362	1503	1724	1654	1756	1803	1811	1870	705	26567
55 a 59 anos	3884	727	689	711	792	788	860	933	940	1033	1077	1082	1109	429	15054
60 e mais	3871	643	668	704	667	768	836	934	950	938	1011	1095	1213	458	14756
Ignorado	177	18	7	17	14	10	10	9	11	13	11	14	27	5	343
Total	195643	24301	23267	22777	22378	21770	22437	23999	23988	24225	25692	25452	25560	10258	491747
Feminino															
< 5 anos	4004	558	473	371	347	307	291	263	261	261	240	215	210	83	7884
5 a 9 anos	671	294	234	218	214	145	126	118	114	96	79	64	59	28	2460
10 a 14 anos	265	107	86	102	98	98	100	122	99	88	107	74	76	22	1444
15 a 19 anos	2632	359	379	360	327	331	318	355	346	319	371	358	362	163	6980
20 a 24 anos	10574	1637	1557	1481	1349	1195	1306	1244	1237	1113	1185	1181	1060	431	26550
25 a 29 anos	16418	2709	2651	2509	2442	2291	2259	2379	2215	2031	2048	1902	1811	719	44384
30 a 34 anos	15888	2913	2754	2679	2793	2653	2565	2792	2586	2461	2495	2322	2194	874	47969
35 a 39 anos	11596	2607	2461	2379	2503	2358	2386	2445	2491	2214	2388	2220	2123	837	41008
40 a 44 anos	7648	1779	1873	1883	2057	2008	1915	2115	2013	2042	2040	1927	1912	721	31933
45 a 49 anos	4645	1139	1156	1313	1315	1438	1473	1593	1575	1522	1635	1722	1484	584	22594
50 a 54 anos	2757	670	699	783	929	856	929	1097	1106	1095	1080	1160	1109	438	14708
55 a 59 anos	1527	365	423	411	465	474	570	665	675	675	717	681	759	300	8707
60 e mais	1539	352	333	397	448	486	520	619	652	658	719	727	765	300	8515
Ignorado	36	8	1	4	5	8	3	9	3	5	5	14	10	4	115
Total	80200	15497	15080	14890	15292	14648	14761	15816	15373	14580	15109	14567	13934	5504	265251
Total⁽⁵⁾															
< 5 anos	7830	1130	933	734	746	620	564	570	516	504	439	445	374	159	15564
5 a 9 anos	1399	568	456	457	389	298	272	225	206	186	163	115	113	50	4897
10 a 14 anos	762	201	162	189	198	184	213	219	182	163	181	153	126	39	2972
15 a 19 anos	6327	628	650	598	532	559	561	653	627	636	726	796	845	388	14526
20 a 24 anos	28741	3205	3094	2855	2743	2580	2671	2850	2969	3018	3341	3575	3569	1468	66679
25 a 29 anos	54609	6099	5846	5733	5490	5336	5456	5893	5766	5737	5774	5646	5744	2370	125499
30 a 34 anos	60686	7790	7263	6916	6859	6479	6543	6884	6844	6737	7091	6834	6631	2637	146194
35 a 39 anos	46533	7491	7097	6837	6656	6440	6367	6491	6432	5956	6512	6163	5939	2354	127268
40 a 44 anos	30295	5332	5370	5380	5674	5440	5439	5791	5620	5614	5666	5307	5095	2000	98023
45 a 49 anos	17749	3336	3400	3583	3664	3730	3882	4259	4211	4081	4487	4402	4200	1664	66648
50 a 54 anos	9884	1905	1955	2143	2330	2218	2432	2821	2760	2851	2883	2971	2980	1143	41276
55 a 59 anos	5411	1092	1112	1122	1257	1262	1430	1598	1615	1708	1795	1763	1869	729	23763
60 e mais	5410	995	1001	1101	1115	1254	1356	1553	1602	1596	1730	1822	1978	758	23271
Ignorado	214	26	8	21	19	18	13	18	14	18	17	29	38	9	462
Total	275850	39798	38347	37669	37672	36418	37199	39825	39364	38805	40805	40021	39501	15768	757042

Fonte: Adaptado do Boletim Epidemiológico, Brasil, 2014. MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

Notas: (1) Siclom utilizado para validação dos dados do Siscel.

(2) Sinan e Siscel até 30/06/2014 e SIM de 2000 a 2013.

(3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

(4) Para o período de 1980 a 2001, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar <www.aids.gov.br> no menu Publicações > Boletim epidemiológico.

(5) 44 casos ignorados com relação ao sexo.

No que se refere às ações governamentais direcionadas para o controle e prevenção da AIDS, em contato com o Ministério da Saúde através do SIC, foi relatado que a prevenção é prioritariamente trabalhada nas chamadas populações chave; ou seja, as populações com maiores taxas de prevalência de HIV. As populações chave, prioritárias para o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais são: a população usuária de drogas e de crack; os gays e outros homens que fazem sexo com homens; e as mulheres profissionais do sexo, sendo que estão realizando estudos para avaliar a prevalência de HIV entre mulheres transexuais e travestis.

Além destes grupos prioritários, o Ministério da Saúde destacou que também há um enfoque no recorte populacional jovem, amparado pelos dados epidemiológicos que mostram um aumento na taxa de detecção de AIDS nesta faixa etária, levando o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais a desenvolver uma série de ações de prevenção para este grupo, principalmente voltadas à comunicação e ampliação do diagnóstico, como, por exemplo, a Campanha “#partiuteste” que foi lançada no dia 1º de dezembro de 2014, dia mundial de luta contra a AIDS, tendo como objetivo alertar a este público acerca da realização do teste de HIV e início do tratamento em caso de soropositividade.

Contudo, no que diz respeito às ações governamentais direcionadas para a terceira idade, a única campanha de prevenção para idosos, segundo relatado pelo Ministério da Saúde, foi “Camisinha e gel depois dos 50: Experimenta”, realizada em 2008, com o intuito de disseminar informações sobre a prevenção da doença entre a população acima de cinquenta anos. Dessa forma fica evidente a falta de investimentos em campanhas direcionadas especificamente para a população acima dos 60 anos.

4.2 - A Epidemiologia da AIDS em Minas Gerais

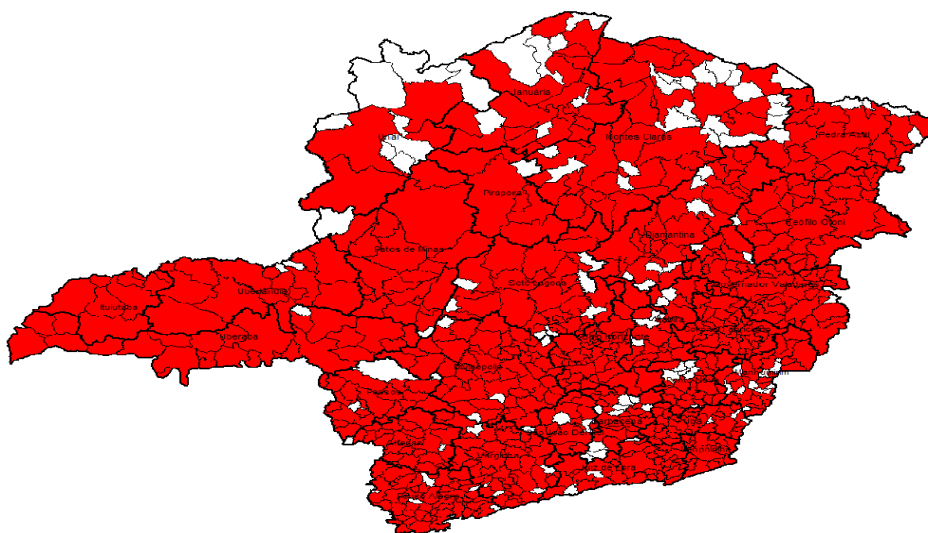
Em Minas Gerais, o total de casos de AIDS registrados até fevereiro de 2014 somavam 36.642 casos, sendo que, neste total, não constavam as pessoas que tem o vírus HIV e ainda não ficaram doentes, como também os indivíduos que contraíram o vírus, mas ainda não sabiam. O Ministério da Saúde considera que hoje se tem conhecimento acerca de 50% dos números da epidemia, o que reforça a necessidade do diagnóstico precoce. (MINAS GERAIS, 2014).

A epidemia da AIDS em Minas Gerais, de acordo com dados da Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2014), apresenta como tendência: a heterossexualização, a feminização, a interiorização e a pauperização. O histórico desta epidemia demonstra que, no decorrer dos anos, houve um aumento nos números dos casos, como relatado a seguir:

- ✓ Na década de 1980 a 1989, foram notificados no SINAN, 82 municípios com pelo menos 1 caso de AIDS.
- ✓ De 1990 a 1999, houve um aumento para 401 municípios com pelo menos 1 caso de AIDS diagnosticado.
- ✓ De 2000 a 2014 mais de 650 municípios apresentavam casos de AIDS.

A figura 2, abaixo especificada, apresenta em vermelho, os 730 municípios de Minas Gerais que, de 1983 a 2014, apresentaram pelo menos 1 caso de AIDS diagnosticado.

Figura 2 – Casos de AIDS em Minas Gerais de 1983 a 2014*.

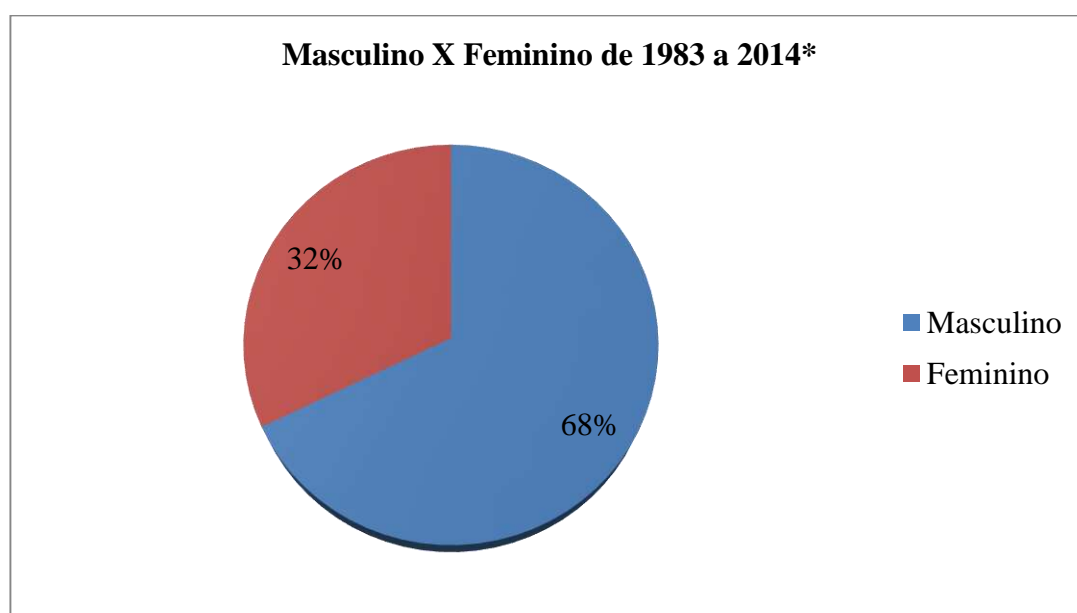


Fonte: MINAS GERAIS (2014).
Nota: *Dados Parciais (10/02/2014).

Como destaca a Coordenadoria Estadual de DST/AIDS de Minas Gerais (2014), dos municípios de Minas Gerais com maior frequência de casos de AIDS acumulativos de 1983 a 2014, destacam-se: Belo Horizonte, com 9.767 casos; Juiz de Fora, com 2.764 casos; Uberlândia, com 2.237 casos; Contagem, com 1.822; e Uberaba, com 1.512 casos.

No que se refere ao sexo mais afetado pela AIDS em Minas Gerais, o primeiro registro de caso entre as mulheres foi no ano de 1986, quando a razão entre os sexos era de 31 homens para 1 mulher. No entanto, o número de casos entre as mulheres vem aumentando gradativamente e, a partir da década de 1990, essa razão veio se aproximando, sendo possível perceber que a proporção de casos entre os sexos, em 2013, foi de 2 homens para 1 mulher. Dessa forma, de 1983 até fevereiro de 2014, foram diagnosticados 24.844 casos em homens e 11.797 casos em mulheres (MINAS GERAIS, 2014), como pode ser visualizado na Figura 3.

Figura 3 – Casos de AIDS por sexo, no período de 1983 a 2014*.



Fonte: Minas Gerais (2014), SINAN/CE-DST/AIDS/SRAS/DRA/SUBPAS/SES-MG.

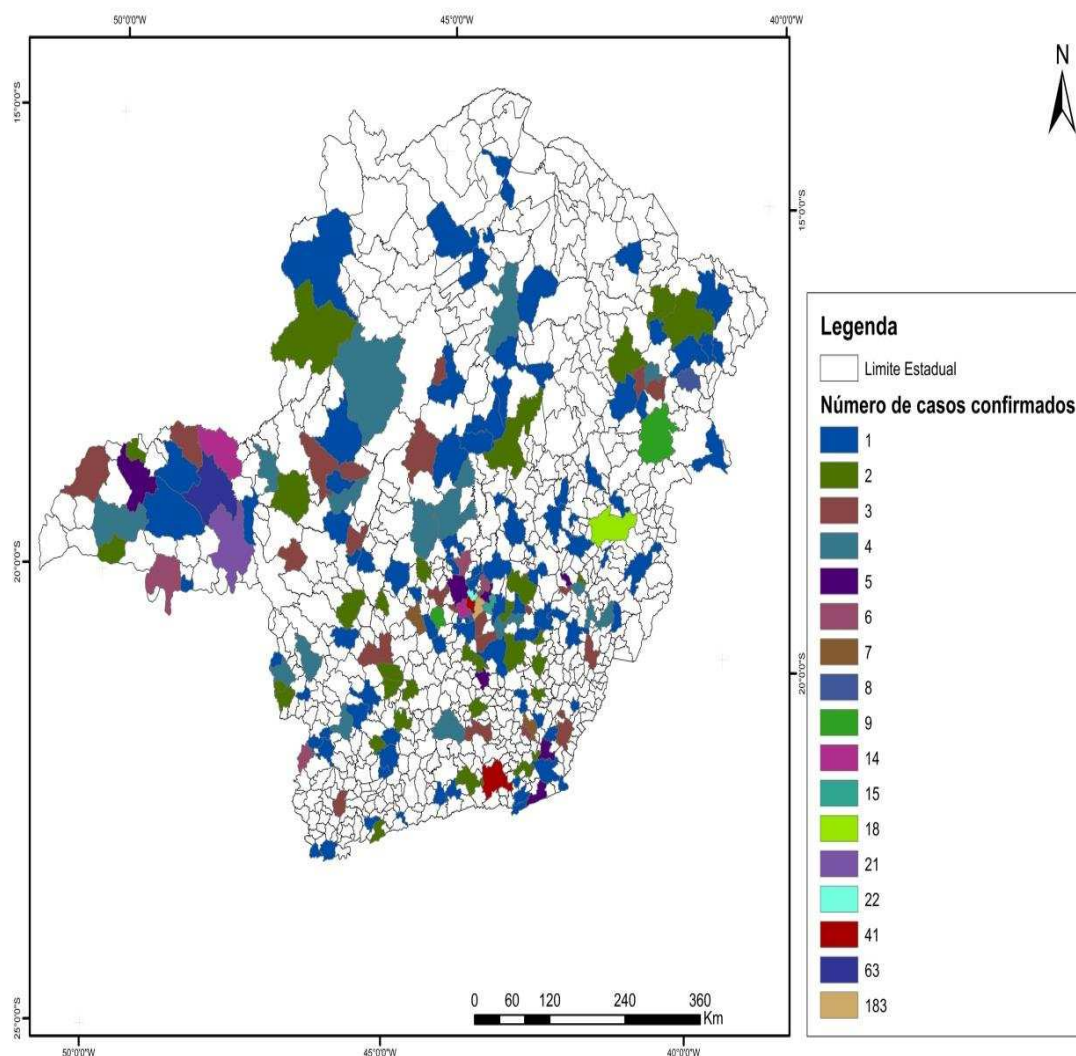
Nota: *Dados Parciais (10/02/2014).

Em relação à faixa etária, há uma maior incidência na faixa de 20 a 34 anos, com 16.227 (44,28%) casos diagnosticados; enquanto que, na faixa etária de 35 a 49 anos, houve 14.212 (38,78%) casos (MINAS GERAIS, 2014).

Especificamente, no que concerne à população idosa de Minas Gerais, no período de 2010 a 2015 (dados parciais até 09/11/2015), a Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais informou que dos 15.657 casos registrados nos municípios de Minas Gerais, 809 foram em idosos, ou seja, 5,16% do total de casos registrados nesse período.

A Figura 4, a seguir, traz os números de casos de AIDS em idosos, por municípios de Minas Gerais, no período de 2010 a 2015.

Figura 4 – Casos de AIDS em Idosos em Minas Gerais por Município de Residência – 2010 a 2015*.



Fonte: IBGE 2010. SINAN/CE-DST/AIDS/SES-MG.

Nota: *Dados Parciais (09/11/2015).

Como pode ser visto na Figura 4, dos 186 municípios de Minas Gerais que registraram casos de AIDS em idosos, 87 predominaram com 1 caso; embora existam 3 municípios com uma maior incidência, que foram: Belo Horizonte, com 183 casos; Uberlândia, com 63 casos; e Juiz de Fora, com 41 casos.

No que diz respeito às ações governamentais implementadas no estado, a Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais informou que as ações de prevenção adotadas estão baseadas na sensibilização quanto à importância do uso do preservativo; a testagem rápida, como forma de aumentar o acesso aos diagnósticos da infecção pelo HIV; e o início do tratamento precoce, como ferramenta importante na redução da transmissão do HIV.

Uma vez que o preservativo é o método mais eficaz para se prevenir contra as DSTs, como a AIDS, o Ministério da Saúde realiza a compra da maior parte de preservativos e géis lubrificantes, para garantir que estes insumos cheguem até as populações mais vulneráveis. Ao Governo de Minas Gerais (Coordenação DST/AIDS e HV) e aos municípios, cabe a compra complementar e a distribuição dos insumos de prevenção. Além disso, o estado de Minas Gerais realiza anualmente a compra de preservativos masculinos e gel lubrificantes, que são distribuídos para os SAEs e CTAs, Organizações de Sociedade Civil e outros serviços credenciados.

Ainda de acordo com a Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2014), atualmente, no estado de Minas Gerais, tem-se 71 SAEs/CTAs, sendo estes serviços responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e assistência, assim como testagem rápida. Além disso, o estado distribui o Teste Rápido, sendo que este é um método eficaz e simples para o diagnóstico de HIV, possibilitando o maior acesso e adesão aos usuários, sendo os profissionais que realizam a testagem capacitados para prestar uma assistência integral e de qualidade.

Já em relação ao tratamento dos pacientes soropositivos, o estado, por meio do Ministério da Saúde, distribui mensalmente para as UDMs, os antirretrovirais. Ainda são realizadas anualmente campanhas de prevenção nos municípios e no estado, com distribuição de materiais informativos e insumos de prevenção, testagem rápida e produção de mídia. Entre as campanhas realizadas, destaca-se o dia 1º de dezembro, instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) para marcar a luta contra a AIDS e sensibilizar a população sobre a importância dos métodos de prevenção e também diminuir o estigma da doença (MINAS GERAIS, 2014).

No entanto, as ações desenvolvidas pela Coordenação DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais são realizadas de forma geral para todas as faixas etárias, com algumas campanhas direcionadas para os grupos mais vulneráveis. Ou seja, não existem campanhas, especificamente para os idosos.

5 – CONCLUSÕES

Com o aumento da população acima dos 60 anos, cresce também o número de casos de AIDS, comprovando a necessidade de se direcionar uma maior atenção para

essa faixa etária. No entanto, observa-se que essa população ainda não é vista como vulnerável, devido ao fato dos segmentos mais jovens apresentarem números mais expressivos em relação aos casos de infecção pelo HIV/AIDS. Nesse sentido, existe uma escassez de ações governamentais direcionadas para a população idosa, no que se refere ao controle e prevenção dessa doença.

O segmento idoso se encaixa nas ações governamentais direcionadas para todas as faixas etárias e, dessa forma, muitas vezes o próprio idoso não consegue se ver como vulnerável, pois as campanhas abordam alguns temas que para eles já não fazem mais sentido. A única campanha relatada pelo Ministério da Saúde está voltada para a população a partir dos 50 anos; ou seja, privilegia somente em partes a população em análise nesse estudo, que, no caso, é a de 60 anos ou mais.

Considera-se que não direcionar a atenção para essa faixa etária demonstra uma limitada atenção para um problema que vem se agravando e que pode ser prevenido, através de campanhas, que falem abertamente sobre a problemática, uma vez que a falta de informação, muitas vezes, é a causa principal para a aquisição da doença entre os idosos, pois, como mostram os estudos, a forma de contágio predominante é a sexual. Assim, é necessária a formulação de políticas públicas direcionadas para o segmento idoso, além da capacitação de profissionais da saúde para abordarem de forma direta sobre essa temática, visando conscientizar os idosos para o uso de preservativos e realização do teste rápido, como forma de detecção do vírus HIV.

Como limitação deste trabalho, destaca-se a dificuldade em se obter informações sobre as ações governamentais direcionadas para a população idosa. Assim, sugere-se uma atenção especial dos governantes para esse grupo, pois o HIV/AIDS na terceira idade acarreta diversas consequências na vida do idoso, sendo importante o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem essa população, investindo em campanhas para o controle, prevenção e conscientização de que o idoso também faz parte do grupo de risco.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_vig_epi_vol_1.pdf>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. Ano III, nº1, 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2013, 01ª a 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2014. Brasília, 2014. p. 77.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CAMBRUZZI, Cláucia; LARA, Gustavo Muller. HIV/Aids em Idosos Brasileiros. **Revista Conhecimento Online**. Ano 4, v. 1, p. 1-12, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, Vivian S.; FERREIRA, Milene D.; SILVA, Edilaine Cristina; GIR, Elucir; CANINI, Silvia Rita M. S. O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST- J Bras Doenças Sex Transm**. v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008.

GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Claudio Moss da. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/Aids: uma revisão. **Vitalle**. v.20, n. 1, p. 107-122. 2008.

GROSS, Julise Bergold. **Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro**. 2005. 121f. Dissertação-(Mestrado em Medicina). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

JARDIM. Laíse Navarro. **O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática**. 2012, 184f. Dissertação-(Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. 2012.

MASCHIO, Manoela Busato Mottin; BALBINO, Ana Paula; SOUZA, Paula Fernanda Ribeiro; KALINKE, Luciana Puchalski. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaucha de Enfermagem**. v. 32, n. 3, p. 583-9, 2011.

MELO, Murilo Rezende; GORZONI, Milton; MELO, Keli Cardoso de; MELO, Evaldo. Síndrome da imunodeficiência adquirida na idoso. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. v. 7, p. 13- 17, 2002.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa; GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi e; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. A situação social do Idosos no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MINAS GERAIS. COORDENADORIA ESTADUAL DE DST/AIDS DE MINAS GERAIS. Carnaval – 2014 “**Se tem festa, festaço ou festinha, tem que ter camisinha**”. 2014.

POTTES, Fábila Alexandra; BRITO, Ana Maria de; GOUVEIA, Giselle Campozana; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de; CARNEIRO, Rosa Maria. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n. 3, p.338-51, 2007.

PRILIP, Nadjane Bezerra do Amaral. **O pulso ainda pulsa: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos**. 2004, Dissertação (Mestrado em Gerontologia). PUC-SP, São Paulo, 2004.

RODRIGUES Jr., CASTILHO, Euclides Ayres de. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de medicina Tropical**. v. 37, n. 4, p.312-317, 2004.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; CRUZ, Idiane Rosset; LANGE, Celmira. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 16, n. 3, p.536-45, 2007.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho de. Envelhecer com AIDS: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Interamerican Journal of Psychology**. v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. de. Vulnerabilidade das Idosas ao HIV/Aids: Despertar das Políticas Públicas e Profissionais de Saúde no Contexto da Atenção Integral: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia [online]**. v.14, n.1, p. 147-158, 2009.

SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. AIDS é falta de educação. In: H. L. Silva (Org.). **A escola cidadã no contexto da Globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 452.

ARTIGO 2

AS REPRESENTAÇÕES DA AIDS PARA IDOSOS SOROPOSITIVOS SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

AS REPRESENTAÇÕES DA AIDS PARA IDOSOS SOROPOSITIVOS SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

RESUMO

A AIDS caracteriza-se como uma epidemia global, de rápida disseminação e agravamento, representando um dos sérios problemas de saúde pública atual. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo identificar o perfil socioeconômico do idoso portador do vírus HIV/AIDS, além de examinar o significado da AIDS na vida do idoso considerando suas formas de agir e estratégias adotadas para o enfrentamento da doença, sob uma perspectiva de gênero. Metodologicamente foram realizadas entrevistas com 33 idosos com HIV/AIDS que realizam tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Juiz de Fora. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e pelo Alceste. Os resultados evidenciaram que a maior parte dos entrevistados era do sexo masculino, solteiro, com idade entre 60 a 64 anos, brancos ou pardos, católicos, com ensino fundamental incompleto, aposentados ou pensionistas e com renda entre 1 e 2 salários mínimos. Os idosos associavam a AIDS a representações negativas, influenciadas pelo nível de escolaridade, faixa etária e sexo. O atributo gênero foi determinante para as questões referentes ao tratamento e mudanças na vida e conhecimento. Conclui-se que as representações sobre a AIDS estão entrelaçadas com a historicidade e com valores socioculturais, dentro de uma consciência de perdas, morte e ausência de prevenção.

Palavras – Chave: Representações Sociais; Idosos; AIDS.

ABSTRACT

AIDS is characterized as a global epidemic, fast-spreading and worsening, representing one of the serious current public health problems. Thus, this study aimed to identify the socioeconomic profile of the elderly with the virus of HIV/AIDS. In addition, the present study aimed to examine the meaning of AIDS in the life of the elderly considering its forms of action and strategies adopted to cope with the disease, under a gender perspective. Methodologically interviews were conducted with 33 elderly people with HIV/AIDS that are treated at the Specialized Care Service (SAE) in Juiz de Fora. Data were analyzed using descriptive statistics and the Alceste program. The results showed that most of the respondents were male, single, aged 60 to 64 years, white or black, Catholics, with incomplete primary education, retired or pensioners and their income is between 1 and 2 minimum wages. Elderly associated AIDS to negative representations, influenced by their level of education, age and sex. The gender attribute was crucial to the issues of treatment and changes in life and knowledge. We conclude that the representations of AIDS are intertwined with the historicity and socio-cultural values, in the context of a loss of consciousness, death and absence prevention.

Keywords: Social Representations; Elderly; AIDS.

1 – INTRODUÇÃO

A AIDS caracteriza-se como uma epidemia global, de rápida disseminação e agravamento, representando um dos sérios problemas de saúde pública, que necessita de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos, que façam frente a esta problemática de tamanha proporção (GOMES et al, 2011).

Para Sontag (1989), citada por Barbará et al (2005), desde o seu surgimento no ocidente, em 1981, a AIDS representou, para a população, muito mais que apenas uma doença, tornando-se rapidamente um fenômeno social que veio ocupar o lugar

de doença mais estigmatizante da sociedade, que anteriormente era ocupado pelo câncer, e que já havia sido da sífilis, da lepra e da peste.

Atualmente o doente de AIDS continua a viver o seu sofrimento de dupla forma, estando de um lado, o sofrimento físico, causado por uma doença que, mesmo com os avanços na medicina e com os coquetéis antivirais, ainda não tem cura. De outro lado, o sofrimento social, causado pelo olhar excludente direcionado ao doente, que, muitas vezes, pode ser ainda mais devastador. Dessa forma, é possível presenciar, de forma bastante exacerbada, nas relações sociais, a intolerância, o medo e o preconceito para com aqueles que possuem o vírus HIV (BARBARÁ et al, 2005).

Conforme Castro et al (2014), a AIDS é ainda considerada um problema relevante para a sociedade, pelo seu caráter epidêmico, cuja forma de ocorrência acontece nas diferentes regiões do mundo, estando todas as faixas etárias vulneráveis.

As pessoas com idade acima de 60 anos, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens. Além disso, a desinformação, os preconceitos e a vergonha contribuem para o aumento dos casos entre essa faixa etária (BRASILEIRO, 2004). Encarar a sexualidade na terceira idade como algo saudável e natural está longe de ser compreendida e aceita pela nossa sociedade. O preconceito, aliado à falta de informação, reforça o estereótipo de velhice assexuada, acarretando atitudes e comportamentos que podem elevar à vulnerabilidade do idoso frente a AIDS (PROVINCIALI, 2005).

Na velhice, o HIV/AIDS produz nos idosos marcas que mancham, que minam suas identidades, suas experiências, além de remodelar o seu ser e estar no mundo. O preconceito atrelado à AIDS se mantém vivo, cobrando das pessoas portadoras do vírus HIV um alto preço, em termos de sofrimento, isolamento e solidão, principalmente porque a discriminação advém muitas vezes de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede de apoio dessas pessoas, o que causa consequências no enfrentamento positivo da doença (CASTRO et al, 2014).

Diante dessa realidade, a relevância desse artigo está centrada no fato de se compreender as representações dos idosos sobre a AIDS, bem como as vulnerabilidades e consequências que a doença acarreta em suas vidas.

1.1 – OBJETIVO

O objetivo do presente artigo está centrado em identificar o perfil socioeconômico do idoso (a) portador do vírus HIV/AIDS atendido no Serviço de Assistência Especializada (SAE), bem como examinar o significado da AIDS na vida do idoso (a) considerando suas reações, formas de agir e estratégias adotadas, sob uma perspectiva de gênero.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

A partir dos objetivos propostos, esta seção apresenta os referenciais teórico-conceituais sobre as representações sociais e a AIDS, bem como sobre o gênero, como categoria de análise.

2.1 - As Representações Sociais e a AIDS

O conceito de representação social implica compreender o ato de representar, o que significa um ato de pensamento por meio do qual um sujeito se relaciona com um objeto. Como destaca Junqueira (2003, p.45), citando Ribeiro (2000), “Representar é substituir, estar no lugar de algo, de outrem. Do mesmo modo que a função simbólica, a representação é o representante mental de alguma coisa, e pode ser um objeto, uma pessoa, um acontecimento, uma idéia, etc”.

Segundo Moscovici (1978), existem dois processos geradores de representação social, que são: a ancoragem e a objetivação. O termo objetivar se refere à função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo. Já o termo ancorar é inerente à função de duplicar uma figura, por um sentido, oferecer um contexto inteligível ao objeto, compreendê-lo. A objetivação permite tornar concreto, quase tangível, o que é abstrato, modificando o conceito em uma imagem; enquanto a ancoragem consiste em classificar e denominar, porque coisas que não são classificadas, nem denominadas, também não rotuladas, são estranhas e não existentes, sendo, ao mesmo tempo, ameaçadoras. Ancorar significa também transformar o não - familiar em familiar.

Para Jodelet (2001, p.1) a representação social é vista como objeto de estudo legítimo, uma vez que:

“A representação social é uma forma de conhecimento especialmente elaborada e compartilhada, que tem como objetivo prático contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Também designada “saber de senso comum”, ou “saber ingênuo”, “natural”, distingue-se do conhecimento científico. Mas é tida como objeto de estudo igualmente legítimo, devido à sua importância na vida social e a elucidação que possibilita dos processos cognitivos e das interações sociais”.

A referida autora argumenta sobre a importância das representações sociais na vida cotidiana, pelo fato delas serem capazes de nos guiar na forma de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, na forma de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se de forma defensiva.

Pesavento (1995, p. 18) relata que, para Bourdieu,

“o interesse das representações é, em si, um campo de manifestação de lutas sociais e de um jogo de poder. É preciso ultrapassar a alternativa economicista/culturalista, que ou vê o objeto simbólico como reflexo mecânico do real ou o vê como uma finalidade em si. O mundo social é também representação e vontade, e todo discurso contém, em si, estratégias de interesses determinados. A autoridade de um discurso e a sua eficácia em termos de dominação simbólica vêm de fora: a palavra concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que o enuncia e pretende agir sobre o real, agindo sobre a representação deste real”.

De acordo com Spink (1993) citado por Junqueira (2003), a análise das representações sociais deve ser realizada à luz do contexto em que a representação social é produzida. Vale ressaltar que o objeto de estudo das representações sociais, do ponto de vista psicossocial, é a atividade de reinterpretar, que nasce do processo de elaboração das representações, no ambiente da interação. Para se compreender as representações sociais, o contexto social que será considerado deve ser formado pelos fatores situacionais e históricos. É importante considerar três tempos na perspectiva temporal: o tempo curto da interação, que está ligado à funcionalidade das representações; o tempo vivido, que se apresenta pelo processo de socialização, e o tempo considerado longo, no qual predominam as memórias coletivas. Em função dessa perspectiva temporal e contextual, pode-se afirmar que as representações não são neutras ou passivas, mas sempre ativas e investidas de uma multiplicidade de significados, dos quais uns são reforçados e incorporados e outros não (STROPASOLAS, 2013).

Dessa forma, a maneira como as representações sobre o mundo são construídas e classificadas não é apenas inata, pois as representações são coletivas, nascem do convívio social por meio da linguagem e se manifestam de diferentes formas nas diversas sociedades (DURKHEIM; MAUSS, 1981, citados por SILVA,

2012). Para Pesavento (1995, p. 19), “as representações coletivas são ao mesmo tempo matriz e efeito das práticas construtoras do mundo social”.

Segundo Moscovici (1978), a representação social compreende uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Junqueira (2003), por sua vez, mostra através de um estudo realizado por Abric (1998), que são quatro as funções da representação social, e que elas possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas: a) função de saber: que permite aos sujeitos apreender, entender e explicar os fatos reais; b) função identitária: que define a característica da identidade dos grupos, possibilitando a proteção das peculiaridades grupais; c) função de orientação: que orienta as atitudes e os comportamentos, definindo a função do contexto situacional a priori, assim como a qualidade das relações pertinentes para o sujeito e a devida resolução de tarefas, possibilitando uma ação e intervenção sobre o contexto, uma vez que funciona como seleção e filtro de informações e interpretações, procurando adequar essa realidade à representação; d) função de justificativa, que possibilita aos indivíduos justificarem posteriormente as posições tomadas e as atitudes no cotidiano ou no relacionamento com as pessoas.

Essa forma de representar ou se representar corresponde ao ato de pensar onde o sujeito se reporta ao objeto. Este pode ser uma pessoa, uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, etc. Não se pode dizer que há representação quando não se tem um objeto (JODELET, 2001).

Como relata Le Goff, citado por Pesavento (1995, p. 15), a “representação é tradução mental de uma realidade exterior percebida e liga-se ao processo de abstração”. Pesavento (1995) complementa que o imaginário faz parte de um campo de representação, e, como expressão do pensamento, se manifesta por imagens e discursos que pretendem dar a definição da realidade. No entanto, as imagens e os discursos sobre o real não são exatamente o real; isto é, não são expressões literais da realidade, como um fiel espelho. Assim pode-se dizer que no domínio da representação, as coisas ditas, pensadas e expressas têm outro sentido além daquele manifesto. Enquanto representação do real, o imaginário é sempre referência a um “outro” ausente. O imaginário enuncia, se reporta e evoca outra coisa não explícita e não presente.

Na modernidade, as pessoas são permanentemente submetidas a um grande fluxo de informações, que, de alguma forma, acabam afetando, suas decisões. Em geral, busca-se compreender as coisas novas que surgem através da associação destas com algo que já é do conhecimento ou que já faça parte do dia a dia. Essa tentativa de compreensão das coisas se fortalece e se justifica pela necessidade que se tem de manifestar, fazer julgamentos, procurar explicações ou se posicionar sobre determinado objeto perante as pessoas no convívio social. A partir dessas interações são criados “universos consensuais”, onde se produzem e se repassam novas representações, que constituem as teorias do senso comum; ou seja, “construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas”, além de fortalecer a identidade do grupo e proporcionar o “sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo” (MAZZOTTI, 2008).

No que se refere às representações sociais sobre as doenças, é possível visualizar diversas representações, do castigo à redenção, passando pela capacidade humana da reabilitação e da cura ou pela constatação do inexplicável e do incurável (SILVA, 2012). Segundo Jodelet (2001), existe uma importante adesão à teoria das representações sociais nas pesquisas relacionadas com problemas de saúde, como uma maneira de se conhecer comportamentos e crenças nessa área.

Jodelet (2001, p.18) em seu livro “As Representações Sociais”, menciona como um exemplo, os fenômenos que acompanharam, no início dos anos 1980, o aparecimento da AIDS (primeira doença cujas histórias médicas e social se desenvolveram juntas). De acordo com Herzlich e Pierret (1988), citados por Jodelet (2001, p. 18), “a mídia e as pessoas se apoderaram deste mal desconhecido e estranho, cuja proximidade ainda não tinha sido revelada, onde a ausência de referências médicas favoreceu uma qualificação social da doença, mesmo com a permissão da análise do discurso da mídia, na observação de uma rápida conjugação do progresso de conhecimentos científicos e de imagens construídas no espaço público, em torno da AIDS e suas vítimas”. A referida autora acrescenta,

“antes que a pesquisa biológica trouxesse alguns esclarecimentos sobre a natureza da AIDS, as pessoas elaboraram teorias apoiadas nos dados de que dispunham, relativos aos portadores (drogados, hemofílicos, homossexuais, receptores de transfusão) e aos vetores do mal (sangue, esperma). O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: uma do tipo moral e social, outra do tipo biológico, com a influência evidente de cada uma delas sobre os comportamentos, nas relações íntimas ou para com as pessoas afetadas pela doença”(p.18).

Hanan (1994) ao relatar sobre a sua experiência com pessoas portadoras do vírus da AIDS, esclarece que, em seu primeiro contato, o que via eram pessoas tidas pela sociedade como “desviantes” e que traziam uma enorme constelação de “culpas” no que se refere a este “desvio”, em relação à família, ao trabalho, aos amigos e à sociedade em geral. Entretanto, todos possuíam algo em comum: eram portadores do vírus da AIDS, uma doença estigmatizada e estigmatizante, o que os levava a uma necessidade de encontrar apoio em alguém, mas com medo, fazendo um jogo de revelação do SER.

Pode-se dizer que esta visão moral faz da doença um estigma social que pode provocar ostracismo e rejeição, e da parte daqueles que são assim estigmatizados ou excluídos, submissão ou revolta (JODELET, 2001).

Essa questão do estigma é reportada por Goffman (1982, p. 14), ao afirmar que:

“[...] as atitudes que nós normais temos com uma pessoa com um estigma, e os atos que empreendemos em relação a ela são bem conhecidos na medida em que são as respostas que a ação social benevolente tenta suavizar e melhorar. Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela apresenta, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos do estigma, como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original”.

Jodelet (2001) relata que, desde o início, outro aspecto de destaque na representação da AIDS foi a sua transmissão pelo sangue e esperma, dando lugar a uma visão biológica muito mais inquietante: o contágio poderia ocorrer também por meio de outros líquidos corporais além do esperma, como a saliva e o suor. Essas crenças, onde se encontram vestígios da teoria dos humores, relacionavam o contágio pelos líquidos do corpo à sua osmose com sangue e esperma. Dessa forma, como no caso da doença mental, cuja degenerescência afeta os nervos e o sangue se transmite pela saliva e pelo suor, assim seria com a AIDS e com a sífilis, que poderiam contaminar por meio do simples contato com as secreções corporais ou pelos objetos sobre os quais estão depositados. Reconhece-se os terrores que inspiram e continuam a inspirar a AIDS, mesmo após os desmentidos do corpo médico. Este ressurgimento de crenças arcaicas ocorre em virtude da falta de informação. Paradoxalmente, isso

favoreceu uma assimilação da AIDS a doenças contagiosas correntes, reforçando o peso inquietante desta doença.

Estudo realizado por Delmiro (2011) com idosos portadores e não portadores de AIDS, intitulado “O que Pensam os Idosos Sobre a AIDS: Representações Sociais e Práticas”, identificou como representações consensuais nos dois grupos: Angústia; Medicamentos/Remédio; Tratamento; Discriminado; Deprimido; Normal; Cuidado; Medo; Prevenção; Morte; Incurável; Perigo; Deus; Ruim. Esse resultado mostra como, na maioria das vezes, as representações sobre a AIDS estão ligadas somente a coisas negativas.

Pode-se dizer que os interesses ou substitutos institucionais e as redes de comunicação informais ou da mídia intervêm na elaboração das representações, abrindo caminho a processos de influência e, até mesmo, de manipulação social. Estas representações formam um sistema que dão lugar a teorias espontâneas, versões da realidade encarnadas por imagens ou condensadas por palavras, umas e outras carregadas de significações. E, por meio dessas significações, as representações expressam aqueles indivíduos ou grupos que as forjam e dão uma definição específica ao objeto por elas representado. Estas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo. Esta visão, conforme Jodelet (2001) pode entrar em conflito com a de outros grupos, sendo um guia para as ações e trocas cotidianas; ou seja, trata-se das funções e da dinâmica social das representações.

2.2 - O Gênero como Categoria de Análise

De acordo com Scott (1989, p.3), “o “gênero” parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos, como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero sublinhava também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades”.

Pedro (2005) relata que o uso da categoria “gênero” na narrativa histórica possibilitou que os pesquisadores focassem as relações entre homens e mulheres, bem como analisassem em diferentes momentos do passado, como as tensões e os acontecimentos foram produtores do gênero.

Para Giddens (2005), citado por Boni (2006), há três abordagens principais que explicam as diferenças entre sexo e gênero. A primeira se sustenta na biologia e afirma que são os fatores biológicos que geram as diferenças entre os gêneros. A segunda abordagem é a de socialização do gênero, segundo a qual a criança ao nascer tem apenas o sexo biológico, mas seu desenvolvimento se dará através do gênero social. Já a terceira abordagem vê o sexo e o gênero como produtos socialmente construídos, onde, não somente o gênero é uma criação puramente social, que carece de uma “essência” estabelecida, mas o próprio corpo humano está sujeito a forças sociais que o moldam e alteram de várias formas.

Nesse sentido, como destaca Scott (1989), gênero é uma construção social, referindo-se a um elemento constitutivo de relações sociais, que fundamentam as diferenças percebidas entre os sexos, sendo um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Ou seja, o gênero não é sinônimo de sexo, já que sexo refere-se aos aspectos físico-fisiológicos, que diferenciam machos de fêmeas, enquanto gênero são processos de construção cultural de relações, que envolvem poder e constroem as diferenças, desigualdades e hierarquias entre homens e mulheres.

Heilborn (1994, p.1) esclarece que:

“O conceito de gênero tem como origem a noção de cultura. Essa noção aponta para o fato da vida social, e os vetores que a organizam como, por exemplo, tempo, espaço ou a diferença entre os sexos, são produzidos e sancionados socialmente através de um sistema de representações. Numa formulação mais propriamente antropológica, o domínio das idéias e dos valores detém uma realidade coletiva, autônoma e parcialmente inconsciente para os membros do grupo estudado. A cultura composta de conjuntos ideacionais específicos apresenta-se como um todo integrado; cada domínio pode ser objeto de concepções peculiares, contudo eles mantêm entre si uma tessitura que não é de simples justaposição, ao contrário, integram um sistema interdependente que provê a coerência de uma determinada visão de mundo”.

Dessa forma, a categoria gênero, como um dos principais elementos articuladores das relações sociais, garante suporte teórico para entender os sujeitos sociais e como são constituídos no cotidiano, impregnados/as em um emaranhado de significados simbólicos culturais e subjetividades sexuadas. Isso atribui às mulheres e homens lugares diferentes na sociedade, imbricados de relações de poder, que confere aos homens uma posição dominante em relação às mulheres (CALVELLI et al, 2014).

A análise das relações de gênero parte da premissa que a divisão de trabalho e as relações entre homens e mulheres não são construídas em função de suas características biológicas, mas um produto social que legitima as relações de poder.

Sardenberg (1992) comenta a respeito, afirmando que as relações de gênero, em última instância, são relações de poder e, como tanto, não são fixas e sim fluidas e mutáveis. Elas podem variar de sociedade para sociedade, no tempo e no espaço, ou mesmo em uma dada sociedade, a depender do *habitus*¹, que representa um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, de julgar e valorizar o mundo, que leva os indivíduos a agirem de determinada forma, em uma dada circunstância.

3 – METODOLOGIA

3.1 - Tipo de Pesquisa

Visando atender os objetivos propostos, fez-se uso tanto do método de pesquisa qualitativa quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade. Para Dantas e Cavalcante (2006), a pesquisa qualitativa tem caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Mostra aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Já a pesquisa quantitativa é baseada na medida (normalmente numérica) de poucas variáveis objetivas, na ênfase em comparação de resultados e no uso intensivo de técnicas estatísticas.

Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva que, de acordo com Vieira (2002), visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas; enquanto que as pesquisas descritivas descrevem o comportamento dos fenômenos. É usada para identificar e obter informações sobre características de um determinado problema ou questão (COLLIS; HUSSEY, 2005).

¹Conforme Bourdier (2004), *habitus* é visto como um conhecimento adquirido, sobre as coisas, sobre a vida; incorporado como um esquema de percepção de pensamentos que geram ação. Enfim, os “*habitus*” são, ao mesmo tempo, estruturas (disposições interiorizadas duráveis) e estruturantes, isto é, geradoras de práticas e representações, em função da estrutura do campo, que é dada pelas relações de força entre agentes e instituições.

Assim, buscou-se por meio de um estudo de caso múltiplos, integrar métodos de pesquisa qualitativa, considerando que esse tipo de pesquisa responde questões muito particulares da realidade social. De acordo com Minayo (2012), as Ciências Sociais, em geral, se ocupam com um nível de realidade que não é quantificável, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

3.2 – Local de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Juiz de Fora-MG localizado a sudeste de Belo Horizonte. Possui cerca de 500 mil habitantes e tem um PIB per capita de R\$ 6,2 mil. Ocupa um lugar de destaque em Minas em qualidade de vida e investimentos, além de se destacar no ranking de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU), conforme Guercio (2004).

A unidade empírica de análise compreendeu o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que foi implantado em 28 de setembro de 1996 em Juiz de Fora, através de convênio firmado entre a Prefeitura de Juiz de Fora e o Ministério da Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde, que garantiu repasse de recursos financeiros, após elaboração e aprovação do Plano Operativo Anual (POA) – ainda hoje garantidos ao município, pelos Planos de Ações e Metas (PAM). Criou-se, então, o SAE, com o objetivo e compromisso de atender tanto os pacientes do município, quanto da Zona da Mata, seguindo as diretrizes técnicas e políticas da Coordenação Nacional de DST e AIDS para atenção às pessoas portadoras de HIV/AIDS (GUERCIO, 2004).

3.3 – População e Amostra

Para satisfazer aos objetivos propostos, a população estudada compreendeu homens e mulheres idosos (60 anos ou mais) com HIV/AIDS, que realizam o tratamento no SAE, em Juiz de Fora/MG. Procurou-se trabalhar com os pacientes idosos que abriram o prontuário no período de 2007 a 2013, com no mínimo 2 anos

de diagnóstico, e que se consultaram nos últimos 6 meses (de Janeiro a Junho de 2015), sendo então considerados assíduos. Assim, para um total de 85 idosos que abriram prontuário de 2007 a 2013, 64 foram considerados assíduos, segundo informações da data da última consulta obtida no prontuário. Destes 64 idosos, 33 eram do sexo masculino e 31 do sexo feminino.

O número de idosos entrevistados foi determinado por meio do cálculo amostral para população finita, conforme Triola (2013), como descrito a seguir:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Onde,

n = Número de indivíduos na amostra;

N = População de idosos assíduos que abriram prontuário no SAE de 2007 a 2013;

$Z\alpha/2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, aqui estabelecido em 90% , sendo, portanto, equivalente a 1,65;

$\sigma^2 = p \times q$;

p= Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria a ser estudada, igual a 0,5;

q (1 – p) = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria a ser estudada;

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa, aqui estabelecida em 0,1;

Assim o tamanho de amostra de idosos foi:

$$n = \frac{64 \times 0,5 \times 0,5 \times (1,65)^2}{63 \times (0,1)^2 + 0,5 \times 0,5 \times (1,65)^2} = n = \frac{43,56}{1,32} = 33 \text{ idosos com AIDS}$$

Foram considerados 33 idosos, sendo 52% do sexo masculino (n=17) e 48% do sexo feminino (n=16).

3.4 - Instrumentos de Coleta de Dados e Categorias de Análise

A coleta de dados é a forma de como se obtém os dados necessários para responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2005). Assim, a técnica de coleta

dos dados utilizada foi à entrevista semi-estruturada, realizada no período de 29 de Junho de 2015 a 17 de Julho de 2015.

Para tanto, foi elaborado um roteiro, apresentado no Apêndice A, com o propósito de orientar a coleta dos depoimentos relativos aos dados do perfil pessoal e familiar do idoso portador do vírus HIV, em termos de: idade, cor/raça, situação conjugal, escolaridade, espiritualidade, situação de trabalho/emprego, composição da família, renda média e per capita e características do espaço relacional. Além disso, pretendeu-se indagar qual é o significado da palavra AIDS para os idosos (as).

A intenção foi ter um roteiro prévio, porém dando espaço de liberdade para que os entrevistados pudessem fazer associações concernentes à sua história de vida que considerassem relevantes.

As entrevistas foram realizadas no SAE em uma sala disponibilizada pelo coordenador, e os participantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa, enquanto aguardavam o atendimento médico ou ao saírem da consulta. Para verificar a idade do paciente, antes de abordá-los era feita uma consulta ao prontuário e a aproximação do pesquisador com o paciente era feita por intermédio da recepcionista. As entrevistas tiveram duração de 30 minutos à 1 hora e 30 minutos.

Vale ressaltar que todo o processo de coleta dos dados foi viabilizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa, apresentado no Apêndice B. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Viçosa (UFV), e aprovado sob o registro CAAE: 45259815.4.0000.5153.

3.5 - Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados socioeconômicos do perfil pessoal e familiar do idoso portador do vírus HIV/AIDS foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Para a análise das representações dos idosos sobre a AIDS foi utilizada a técnica de análise qualitativa de conteúdo através do uso do “Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte” (ALCESTE), que investiga a distribuição de vocabulários em um texto escrito e em transcrições de texto oral. Segundo Azevedo et al (2013), o Alceste como metodologia, integra uma grande

quantidade de métodos estatísticos sofisticados através da segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, dentre outros recursos, configurando-se em um método de exploração e descrição.

Os dados, conforme permissão foram gravados e, posteriormente, transcritos e analisados.

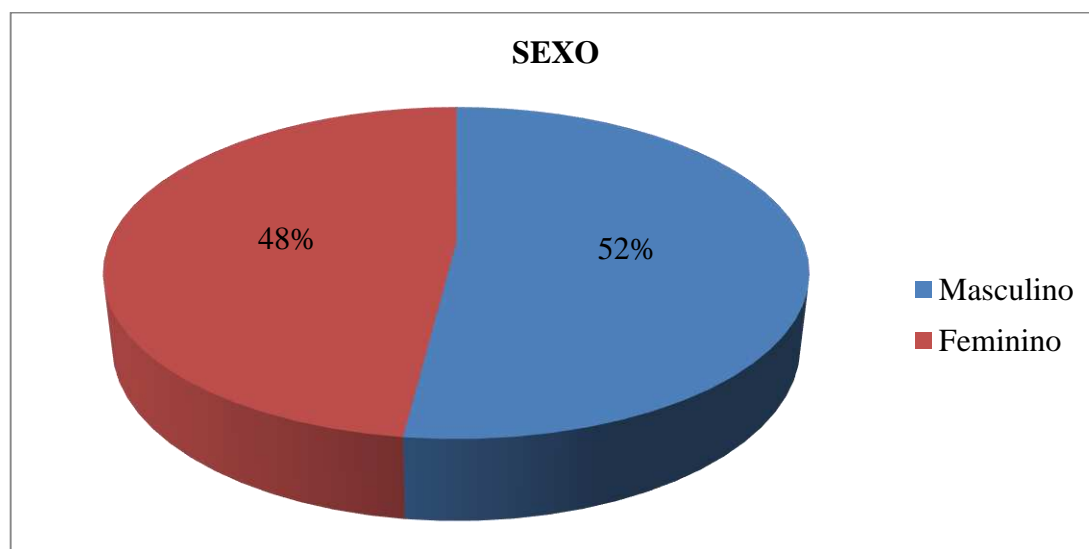
4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 – Perfil Socioeconômico do Idoso Soropositivo

Nesta seção buscou-se analisar o perfil socioeconômico do idoso portador do vírus HIV/AIDS, com o intuito de se obter informações referentes a questões como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, raça, entre outros.

Dos 33 idosos entrevistados, 52% eram do sexo masculino e 48% do sexo feminino, como mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Sexo dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015

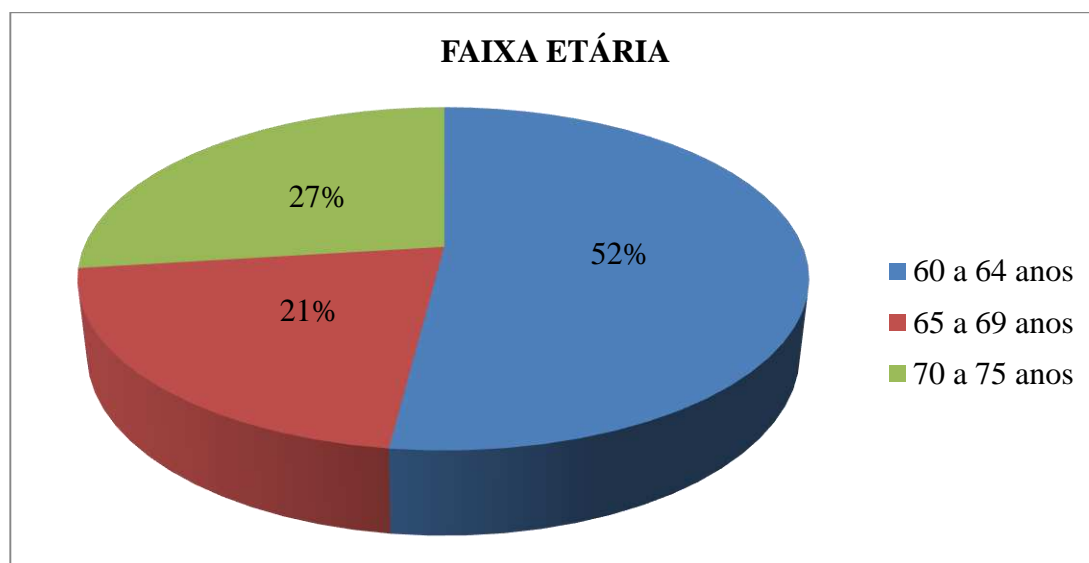


Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Como pode ser observado, o resultado do Gráfico 1 comprova a afirmação de Camargo et al (2009) de que, embora o número de casos notificados seja cada vez mais crescente entre as mulheres, os homens ainda compõem a maioria dos casos notificados.

Em relação à faixa etária dos entrevistados, houve uma predominância de idosos com idade entre 60 a 64 anos, como demonstra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Faixa etária dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.

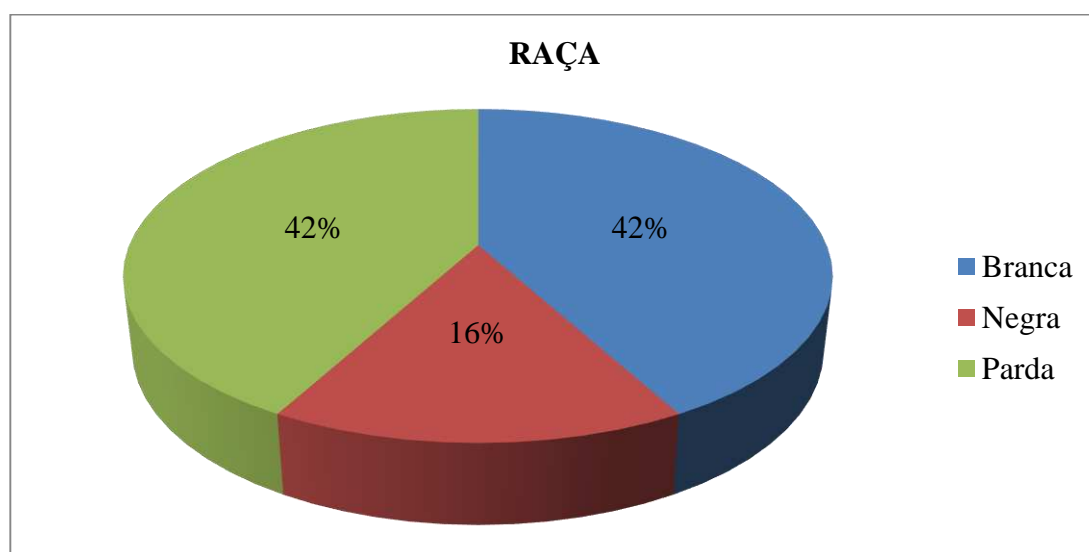


Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Um estudo realizado por Affeldt et al (2015) com idosos que fazem tratamento no SAE da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas, demonstrou que 57,8% destes idosos, estavam na faixa etária de 60 a 64 anos; ou seja, apresentou resultado semelhante ao evidenciado no Gráfico 2.

No que se refere à raça, houve um predomínio de 42% dos entrevistados da raça branca ou parda, enquanto somente 16% eram da raça negra, conforme Gráfico 3.

Gráfico 3 - Raça dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.



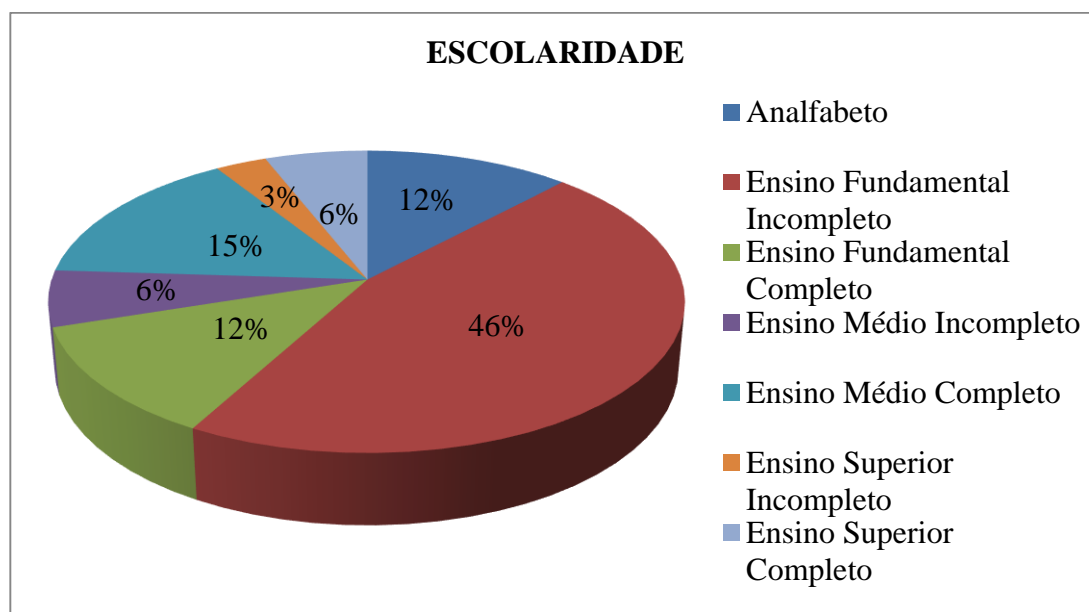
Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Ultramari et al (2011) ao analisarem o perfil clínico epidemiológico da infecção pelo HIV em idosos, identificaram que 76% dos pacientes eram brancos, 23,5% eram negros e 0,5% era amarelo. Dessa forma, pode-se verificar que, no estudo de Ultramari et al (2011), a raça negra esteve mais evidente entre os idosos, ao contrário do que foi identificada no presente estudo, como demonstrado no Gráfico 3.

Quando questionados sobre a religião, notou-se uma predominância da religião católica, com 77%; seguida da opção “outras”, com 13% e; por último, a religião evangélica, com 10%. Estudo realizado por Serra et al (2013) encontrou resultado semelhante, ao analisar a percepção de idosos com AIDS, atendidos em um centro de referência estadual em Maranhão. Para tanto Serra et al (2013) entrevistaram 46 idosos com AIDS, onde identificou que, em se tratando de religião, 80% eram católicos.

No tocante à escolaridade, houve uma predominância de indivíduos com o ensino fundamental incompleto, como ilustrado no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Escolaridade dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.



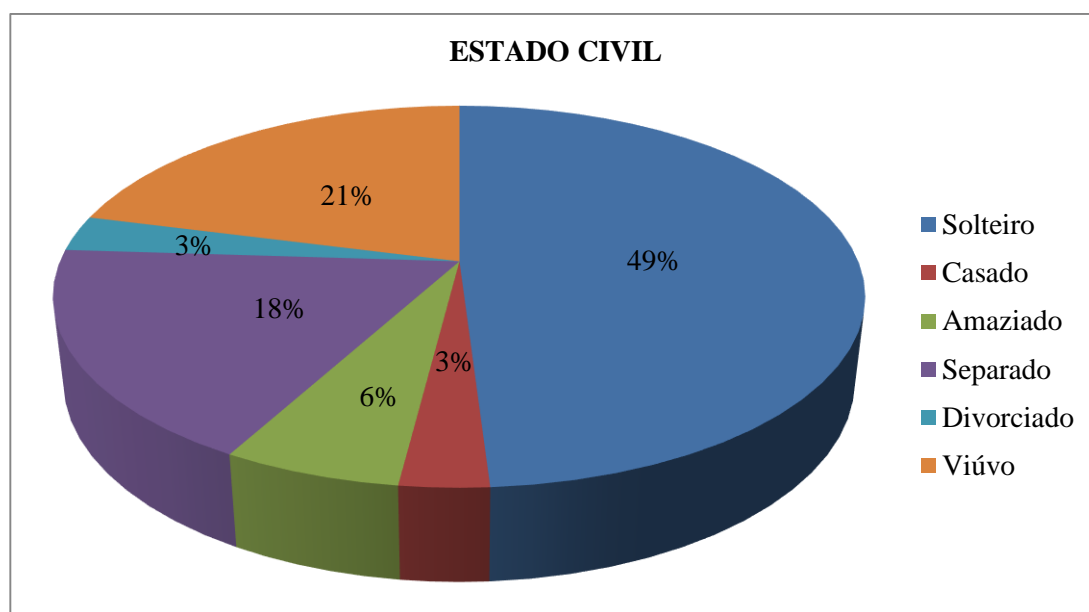
Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

De acordo com Silva et al (2011), a baixa escolaridade é um indicador importante para o aumento das taxas de idosos infectados. Pessoas com pouco tempo de estudo tendem a não assimilar as informações de forma correta e sabe-se que o

aumento nos números de casos de HIV/AIDS na terceira idade estão relacionados à falta de informação.

Em se tratando de estado civil, foi possível perceber que 49% dos idosos entrevistados relataram serem solteiros seguido de 21% viúvos e 18% separados. Constatou-se também idosos amaziados, divorciados e casados, como pode ser visto no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Estado civil dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.

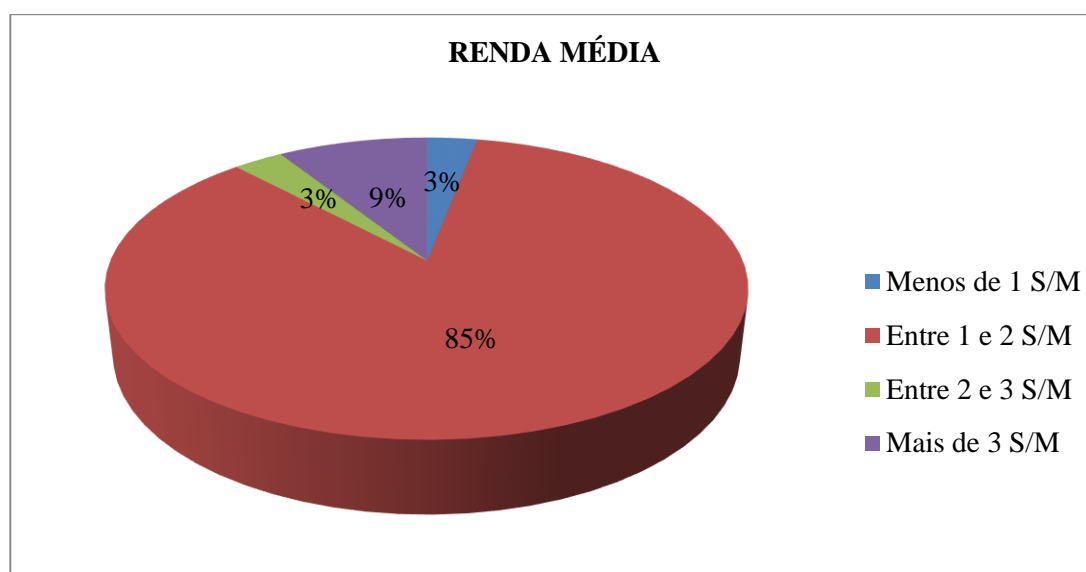


Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Estudo de Serra et al (2013) com idosos diagnosticados com HIV, em acompanhamento, no Hospital Presidente Vargas em São Luís – Maranhão, apresentou resultado semelhante, ao identificar entre os entrevistados, 63% de idosos solteiros.

No que tange a ocupação, notou-se que 85% dos idosos entrevistados eram aposentados ou pensionistas, seguido de 9% que relataram se envolverem com outras atividades e 6% que declararam trabalhar com os afazeres domésticos. Quanto à renda média dos entrevistados, houve uma predominância das rendas entre 1 e 2 salários mínimos, como pode ser visualizado no Gráfico 6, a seguir especificado.

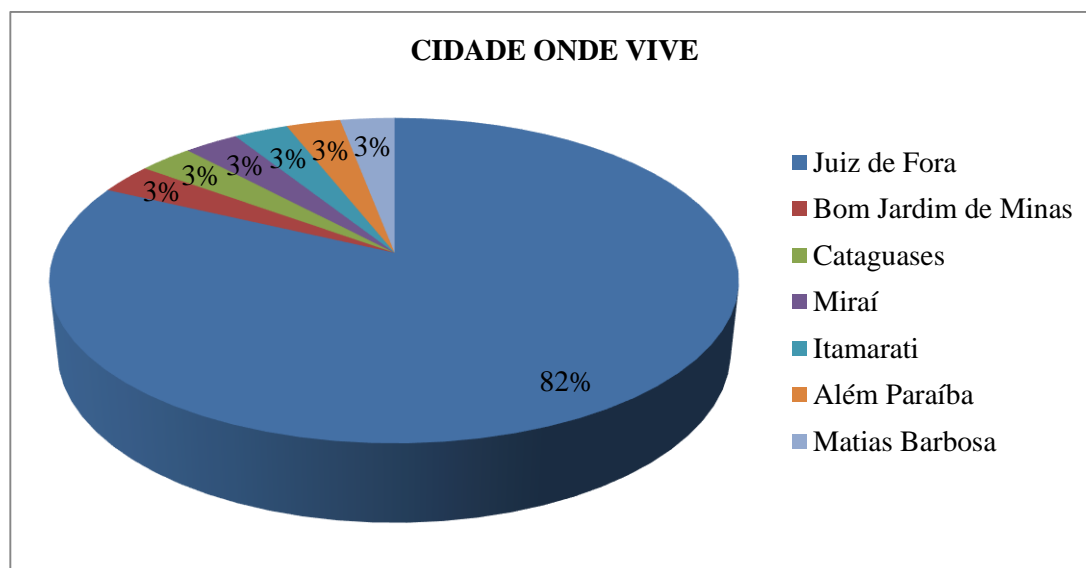
Gráfico 6 - Renda média dos idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.



Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Quanto às cidades que os idosos entrevistados viviam, identificou-se que 82% eram de Juiz de Fora. No entanto, foi possível observar que alguns vinham de outras cidades para realizarem o tratamento no SAE, como revela os dados do Gráfico 7.

Gráfico 7 - Cidade onde vivem os idosos entrevistados, Juiz de Fora - MG, 2015.



Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Dos 33 idosos entrevistados, constatou-se que 12 moravam sozinhos, 8 residiam com os filhos (as), 4 com os irmãos, 4 com o cônjuge ou companheiro, 2 com a mãe, 1 com o sobrinho, 1 com a neta e 1 no GEDAE (Grupo Espírita de Ajuda aos Enfermos).

4.2 - As Representações dos Idosos Sobre a AIDS

Os dados oriundos da entrevista e processados pelo software Alceste foram constituídos de 33 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), com 7.683 ocorrências, das quais 1.618 constituíram palavras diferentes com uma média de 5 ocorrências por palavra. Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foram encontrados 171 radicais analisáveis e 183 Unidades de Contexto Elementares (UCEs). A Análise Hierárquica Descendente reteve 68% do total de UCEs do *corpus*, as quais foram organizadas em 6 classes, conforme representado na Tabela 1.

No dendrograma observa-se, em uma primeira divisão, que o *corpus* deu origem a dois subcorpora sendo que ambos se subdividiram em dois novos subcorpora. A subdivisão da direita resultou na aglutinação da classe 1, denominada “nível de conhecimento sobre as políticas de controle e prevenção”, com as classes 5 e 6, denominadas respectivamente, de “o preconceito sobre a AIDS” e “tratamento e mudanças ocorridas”. Já a subdivisão da esquerda resultou na junção da classe 2 “formas de contágio e redes de apoio” com as classes 3 e 4, denominadas respectivamente “significados da AIDS” e “descobrimo o diagnóstico”.

A classe 2, “Formas de Contágio e Redes de Apoio”, foi constituída por 21 UCEs, representando 16% do total do *corpus*, sendo composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 26$ (companheiro) e $\chi^2 = 3$ (HIV). As variáveis atributos que mais contribuíram para esta classe foram os idosos com ensino superior completo/incompleto e com faixa etária entre 70 a 75 anos.

Algumas UCEs, que justificam a denominação da classe 2, como “Formas de Contágio e Redes de Apoio” podem ser visualizadas a seguir:

[...] foi através de uma relação sexual, a pessoa tinha e não me falou nada. Eu não saio anunciando para ninguém; a minha família sabe, mas só contei para a minha família de cabeça boa, e eles não mudaram comigo não (Entrevistado n° 6, sexo masculino).

[...] foi relação sexual, mas eu vou te falar uma coisa, nem minha família sabe, nem ninguém sabe que eu tenho isso (Entrevistado n° 9, sexo masculino).

[...] foi com o meu companheiro, a gente convive junto ainda, foi relação sexual. As pessoas que eu trabalho não sabem não e quando a minha filha descobriu, porque ninguém lá em casa sabia, ela pegou uma receita minha e meu genro é muito curioso e estudado, aí ela deu prá ele ver, mas nossa foi um drama (Entrevistado n° 13, sexo feminino).

Tabela 1- Dendograma de distribuição das classes nas representações sociais dos idosos sobre a AIDS (N=33).

CLASSE 2: Forma de Contágio e Redes de Apoio 21 UCE – 16%			CLASSE 3: Significados da AIDS 19 UCE – 15%			CLASSE 4: Descobrir o Diagnóstico 17 UCE – 13%			CLASSE 1: Conhecimento Sobre as Políticas de Controle e Prevenção 32 UCE – 25%			CLASSE 5: O Preconceito sobre a AIDS 22 UCE – 18%			CLASSE 6: Tratamento e Mudanças Ocorridas 13 UCE – 13%		
Palavra/Atributo	χ^2	F	Palavra/Atributo	χ^2	F	Palavra/Atributo	χ^2	F	Palavra/Atributo	χ^2	F	Palavra/Atributo	χ^2	F	Palavra/Atributo	χ^2	F
Companheiro	26	6	Exame	23	14	Disse	27	6	Televisão	56	21	Conheço	19	4	Mesma Coisa	26	4
Ninguém Sabe	26	5	Penso	20	7	Quer	21	5	Devia	44	17	Novo	15	6	Remédio	18	6
Família	20	6	Medo	19	15	Tratamento	21	5	Vejo	38	14	Acredito	11	4	Tomo	17	6
Quase ninguém	15	3	Descobri	19	8	Tava	18	11	Vi			Não Precisa	10	4	Dia	16	7
Sabe	12	15	Fazer Exame	17	13	Morava	15	4	Pra	12	4	Preconceito	9	6	Sente	14	3
Filho	11	4	Falta de Prevenção	17	4	Moço	13	3	Alertando	12	18	Idade	8	4	Sabendo	14	3
Mudou	10	4	Cura	11	3	Começou	11	8	Faço	12	4	Muita Gente	8	8	Resultado	10	2
Rapaz	10	3	Não sei de quem peguei	11	3	Problema	10	4	Reação	11	6	Idoso	6	4	Continuei	8	4
Descobri	10	3	Não coloco na cabeça	10	5	Doença	9	8	Direto	9	3	Por causa	5	4	Veze	6	4
Relação Sexual	10	6	Sangue	6	3	Fazendo	9	3	Usar Camisinha	9	4	Existir	5	2	Normal	5	4
Tenho	8	8	Negócio	6	2	Passou	8	5	Dar	8	4	AIDS	5	3	Entendeu	5	2
Fiquei	7	4	Falar	4	8	Entrei	7	2	Deveriam	8	5	As pessoas	4	9	Vai	4	3
Medica	7	4	Confiança	2	2	Remédio	4	6	Campanha	8	5	Acho	4	1	Tenho	4	3
Tempo	5	2	Pediram	2	2	Descobri	4	4	Propaganda	5	3	Coisa	3	7	Poder	3	3
Doutor	5	2	Alguns	2	2	Deu	2	4	Pedem	4	5	Geral	3	2	Direitinho	3	2
Imaginei	5	3	Nenhuma variável Associada			Morreu	2	2	Início	4	5	Acontecido	3	3	Vou	2	4
Sexual	5	3				Exame	2	6	Mesmo	3	3	Parceiro	3	3	Comecei	2	3
Agente	4	3				Imaginava	2	2	Veze	3	6	Falta de Cuidado	3	2	Nenhuma variável Associada		Feminino 60 a 64 anos
Deu	3	7	Sangue	2	2	Evitar	3	2	Analfabeto								
Falaram	3	7	Analfabeto			Posto	3	2									
Tiraram sangue	3	2				Povo	3	3									
Tratamento	3	3				Acostumado	3	2									
HIV	3	2	Ensino Superior Completo/Incompleto 70 a 75 anos			65 a 69 anos Sexo masculino											

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Manter segredo sobre a condição de portador é uma saída frente aos problemas emergentes da situação de soropositividade. Ao contraírem o vírus HIV, os idosos falam menos sobre sua situação com familiares ou amigos. No entanto, sabe-se que o apoio social é uma estratégia importante para o enfrentamento da doença, contribuindo inclusive para a adesão ao tratamento (SALDANHA et al, 2009).

A classe 3, intitulada “Significados da AIDS”, foi composta por 19 UCEs, correspondendo a 15% do *corpus*, sendo formada por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2=23$ (exame) e $\chi^2=2$ (alguns). Não foi evidenciada nenhuma variável descritiva que mais contribuiu. A seguir estão listadas algumas UCEs representativas desta classe que trata dos significados da AIDS para os idosos com HIV.

[...] eu penso em cura, em se tratar e que não precisa desesperar (Entrevistado n° 10, sexo feminino).

[...] penso em morte rápida, preconceito e medo de morrer. Os idosos eles não se cuidam né, sabe que tem que usar preservativo e não usa o preservativo (Entrevistado n° 12, sexo masculino).

[...] não penso em nada, não sinto doente, então não ligo, mas é falta de juízo né porque se falar que peguei por falta de esclarecimento é mentira (Entrevistado n° 20, sexo masculino).

[...] penso em exame, medo, falta de prevenção e excesso de confiança (Entrevistado n° 21, sexo feminino).

Pesquisa de Lôbo (2011) corrobora esse resultado, ao identificar entre as respostas dos entrevistados a associação da AIDS com morte, o que demonstra que ainda permanecem representações cristalizadas no imaginário social dos idosos.

A classe 4 denominada “Descobrimo o Diagnóstico”, formada por 17 UCEs, contabilizou 13% do *corpus*. Foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2=27$ (disse) e $\chi^2=2$ (sangue), evidenciando o discurso dos entrevistados analfabetos. A seguir, são listadas algumas UCEs que constituíram esta classe.

[...] foi agora há cinco anos, só que eu não precisava de remédio porque minha imunidade era muito alta, eu fazia o exame todo ano, aí deu [positivo], corri atrás da parceira, fui atrás dela, aí ela disse que não queria me falar porque achou que estava zerada já (Entrevistado n° 2, sexo masculino).

[...] eu catava papelão com meu marido aí ele morreu e eu fui morar na rua sozinha, foi onde abusaram de mim. Depois disso que descobri [a doença] (Entrevistado n° 8, sexo feminino).

[...] eu trabalhava onde tô trabalhando agora, aí o padre de lá doido que eu fosse trabalhar no cemitério fichado, mas lá tinha que ser fichado e eu não queria de jeito nenhum, mas parece que Deus foi encaminhando até eu dá um sim que ia, quer dizer, eu não tava sentindo nada, tava trabalhando, fui fazer uns exames e não passei nos exames de sangue porque deu este problema, aí descobri (Entrevistado n° 9, sexo masculino).

[...] meu problema aconteceu com um moço novo, ele separou da mulher e enfiou a cara no mundo andando com um monte de mulher. A gente morava vizinho ali aí eu tava separada do pai das meninas, a gente fez amizade e ele tava fazendo tratamento, não sabia que ainda tava com essa doença, que ainda tinha, aí um dia ele foi consultar aí nos exames dele deu, ele chegou prá mim e falou eu tô com aquela doença lá aí eu fiz o exame também, e descobri (Entrevistado n° 13, sexo feminino).

[...] eu estava no Pan Marechal aí uma pessoa simplesmente me convidou para subir a escada para fazer o exame, foi tão engraçado, porque eu já queria fazer mas eu tinha vergonha, aí eu assustei demais com o resultado, porque eu nem imaginava, eu entrei em pânico (Entrevistado n° 31, sexo feminino).

Serra et al (2013) esclarece que o recebimento do diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta num primeiro momento, grande impacto, despertando reações e sentimentos desestruturantes e ativando mecanismos de defesa, frente aos medos e angústias diante do diagnóstico. Destacam-se os sentimentos contraditórios, a indiferença e o descrédito, além da negação que também é comumente utilizada.

A classe 1, intitulada “Nível de Conhecimento Sobre as Políticas de Controle e Prevenção”, que conteve 32 UCEs, correspondendo a 25% do total do *corpus*, foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2=56$ (televisão) e $\chi^2=3$ (acostumado). As UCEs a seguir exemplificam a denominação dessa classe.

[...] na televisão mostra alguma coisa, agora parou, mas no início tava mostrando. Eu acho que na televisão devia divulgar mais, porque é onde todo mundo tem acesso, devia ter mais palestras também ou reunião em cada município, porque muitas vezes passa despercebido e as pessoas esquecem (Entrevistado n° 4, sexo masculino).

[...] só vejo na televisão e escuto no rádio de vez em quando. Eu vi na televisão que ía ter uma vacina que acaba com essa doença, aí ía ser importante porque ajudaria muita gente (Entrevistado n° 5, sexo masculino).

[...] antes fazia mais propaganda, agora quando é a época do HIV é que eles falam mais. Eu leio algumas coisas no jornal também. Devia alertar nas escolas e as pessoas ficarem mais conscientes também (Entrevistado n° 7, sexo feminino).

[...] vejo na televisão né para usar camisinha, mas deviam falar mais sobre isso (Entrevistado n° 8, sexo feminino).

[...] a gente vê na televisão na época de carnaval, distribuição de preservativo, só que o povo hoje não tá ligando muito não o povo tá muito descrente com tudo, porque hoje é muito mais fácil você evitar do que pegar uma doença. Primeiro eu acho que a pessoa deveria ter amor próprio, é o único jeito, porque o que mais fala na televisão, nos colégios, em tudo quanto é canto e continua aumentando segundo as estatísticas, então o povo não quer se cuidar (Entrevistado n° 20, sexo masculino).

As variáveis atributos que mais contribuíram para esta classe foram os idosos do sexo masculino e com faixa etária de 65 a 69 anos. Assim fica evidente a questão de gênero no que se refere ao nível de conhecimento dos homens idosos sobre as políticas de controle e prevenção. Por outro lado este estudo contrapõe os resultados da pesquisa realizada por Camargo et al (2009), a qual considerou que as mulheres eram mais informadas sobre a AIDS do que os homens.

Como pode ser observado nos relatos dos entrevistados, a necessidade de maiores informações sobre o controle e prevenção do HIV está presente na totalidade dos depoimentos dos idosos. A escassez das políticas públicas direcionadas para os idosos faz com que eles se sintam pouco informados com relação a AIDS; acreditando, assim, ser necessário uma maior divulgação destas.

A classe 5, conceituada de “O Preconceito Sobre a AIDS”, conteve 22 UCEs, correspondendo a 18% do total do *corpus*, e foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2=19$ (conheço) e $\chi^2=3$ (falta de cuidado). Não foi evidenciada nenhuma variável descritiva que mais contribuiu. A seguir, são listadas UCEs que exemplificam o que pensam os idosos a respeito do preconceito que as pessoas têm com a AIDS.

[...] tem muita gente que tem preconceito, mas tem muita gente que já não tem, porque isso [a AIDS] já virou uma coisa comum, então prá mim não tem muita distinção de idade não, é igual prá todas as idades (Entrevistado n° 3, sexo masculino).

[...] é uma bobeira [o preconceito], não devia existir isso. As pessoas sentem pena da gente, é muito triste. Eu acredito que o preconceito é de modo geral (Entrevistado n° 4, sexo masculino).

[...] acontece até com o mais rico, olha os cantor, artista ai que morreu por causa disso, porque não se cuidou. Eu acho que o preconceito é uma bobeira de um tamanho, eu acho que não devia existir não, porque fica meio que uma doença pior né. Eu acho que o preconceito é maior com um mais novo, porque o idoso ele se reserva, ele fica no cantinho dele, que nem eu fico no meu canto (Entrevistado n° 13, sexo feminino).

[...] eu não tinha namorado, mas agora eu tenho e aí uso camisinha, eu tenho consciência, o que eu não queria para mim, eu não quero para ninguém. Olha a pessoa que tem preconceito é tanto com o idoso quanto

com qualquer outra pessoa, porque acha que vai contaminar e tudo. Se eu contasse para a dona que eu conheço ela desde quando ela era solteira que eu sempre trabalhei para ela, ela já ia ficar meio assim por causa das crianças, mas eu sei como lidar com as crianças entendeu. Então que sinto que se eu tivesse mais conhecimento sobre isso, que eu nunca procurei saber, se eu tivesse mais conhecimento, não teria acontecido comigo (Entrevistado n° 18, sexo feminino).

[...] eu acho péssimo esse preconceito, porque já é uma coisa que a pessoa já carrega pesado, é uma cruz pesada e essas pessoas que tem esse preconceito não tem compaixão. O preconceito é igual para todo mundo, tanto para jovem quanto para velho. Eu conheço dois jovens que se suicidaram por causa do preconceito (Entrevistado 31, sexo feminino).

Destaca-se na fala dos idosos a crença de que o preconceito a respeito da AIDS não está ligado à faixa etária, mas sim, a doença de modo geral. Para as pessoas soropositivas, o preconceito e a discriminação acarretam sentimentos negativos, onde a forma encontrada para se manter resguardado de situações conflitantes é manter o sigilo sobre o diagnóstico.

Por fim, a classe 6, denominada “Tratamento e Mudanças Ocorridas”, conteve 13 UCEs, expressando 13% do *corpus*. Foi composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2=26$ (mesma coisa) e $\chi^2=2$ (comecei), revelando o discurso dos idosos do sexo feminino e com faixa etária entre 60 a 64 anos, o que comprova que para as mulheres idosas as mudanças ocorridas após o descobrimento da doença são mais incidentes. A seguir são listadas algumas UCEs que constituíram essa classe.

[...] eu continuei vivendo a mesma coisa, não mudou nada, vou nas festas, vou na igreja, rezo, não mudou nada. Eu tomava três remédios, mas agora tô tomando um só, ele é três em um. Um comprimido enorme, às vezes o estômago dói, mas tem ido tudo bem graças a Deus (Entrevistado n° 7, sexo feminino).

[...] comecei a tratar, mas não acreditava, mas depois que eu comecei a ter gripe mais constante, aí comecei a tomar os remédios direitinho e tenho fé em Deus que um dia vai chegar o resultado e eu não vou precisar mais tomar o remédio, vou estar curada (Entrevistado n°18, sexo feminino).

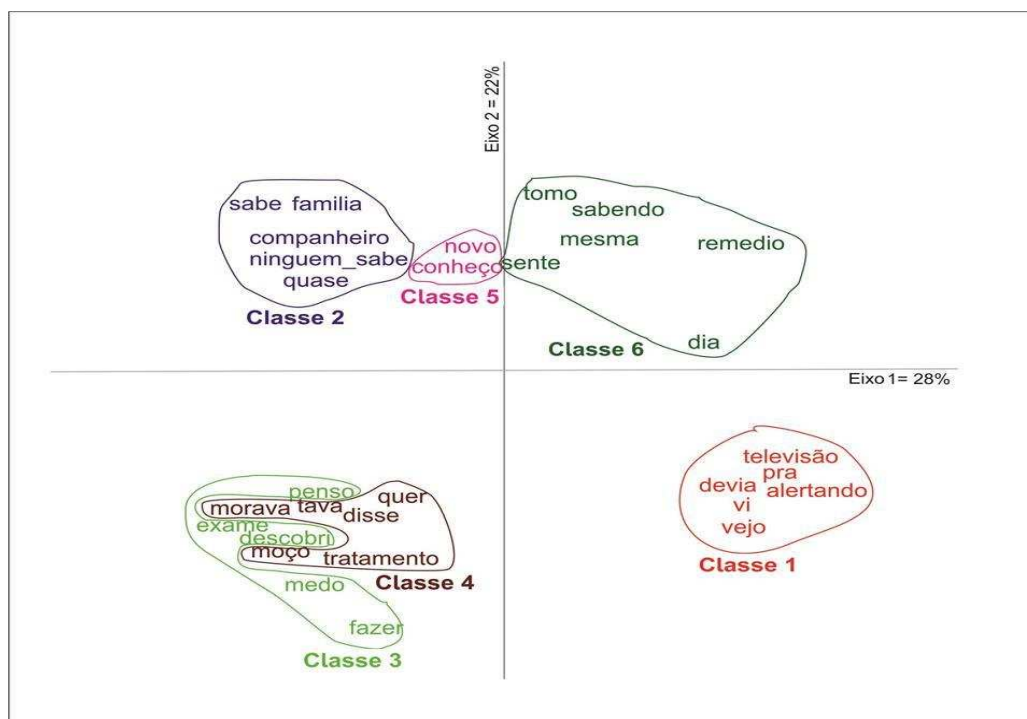
[...] continuei vivendo igual, tenho feito tudo certinho, toda vez que eu venho aqui fico satisfeito com meus resultados. No início eu tive muita rejeição a alguns remédios mas era normal entendeu (Entrevistado n° 25, sexo masculino).

[...] eu parei com tudo, eu gostava de dançar e agora não vou mais. Agora todo lugar que eu entro eu acho que os outros tá me olhando, tá me discriminando, então eu fiquei parada. Eu parei de trabalhar e eu gostava muito. O tratamento tá indo bem, eu até troquei de remédio duas vezes porque antes me dava muita dor no estômago, aí troquei, mais agora já vai tudo tranquilo. Claro a gente sente uns enjoos porque o remédio é forte (Entrevistado n° 27, sexo feminino).

A busca por atividades de lazer é uma forma de tentar manter o pensamento afastado da doença, e isso é fundamental para que o idoso continue vivendo uma vida normal, longe de sentimentos depressivos, de forma a conseguir superar as reações causadas pelo uso do coquetel.

Para complementar os dados obtidos por meio da Análise Hierárquica Descendente, o Alceste realizou a Análise Fatorial de Correlação, resultando no plano fatorial demonstrado na Figura 5. A figura mostra o traçado de dois eixos, que juntos explicam 50% da variância total das UCEs. As respostas dos participantes distribuíram-se em seis aglomerados, de modo não aleatório e correlacionado às formas específicas das classes.

Figura 5 - Análise Fatorial de Correlação, gerada pelo Alceste.



Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

O eixo 1 demonstra as maiores cargas fatoriais identificadas no Alceste, explicando 28% da variância total das UCEs. No lado esquerdo ou negativo desse eixo, destacam-se dois agrupamentos de palavras aglutinadas na classe 3 (penso, exame, fazer, medo, descobri) e na classe 4 (tava, quer, disse, tratamento, moço, morava), sendo que na classe 4 emergiram as contribuições dos idosos analfabetos, enquanto na classe 3 não teve nenhuma variável associada. Por oposição no mesmo

eixo, no lado direito ou positivo, posicionaram as palavras com maiores cargas fatoriais agrupadas na classe 1 (televisão, prá, devia, alertando, vi, vejo), que emergiram dos idosos do sexo masculino e com faixa etária entre 65 a 69 anos. As classes presentes no eixo 1, estão relacionadas com os significados que a AIDS tem para os idosos, o descobrimento do diagnóstico e ao nível de conhecimento que os entrevistados tem sobre a doença, sendo possível observar que a questão de gênero foi evidenciada nas respostas dos idosos do sexo masculino a respeito de seus conhecimentos sobre a doença, como destacou os resultados do Alceste.

Já em relação ao eixo 2, este explica 22% da variância total das UCEs. Nele emergiram dois campos semânticos do lado esquerdo ou negativo, sendo a classe 2 (sabe, família, companheiro, ninguém sabe, quase) composta por palavras oriundas dos idosos com ensino superior completo/incompleto com idade de 70 a 75 anos, e a classe 5 (conheço, novo) onde não se destacou nenhuma variável associada. Por fim, do lado direito ou positivo emergiram as contribuições dos idosos do sexo feminino com idade entre 60 a 64 anos, da classe 6 (tomo, sabendo, mesma, remédio, dia, sente). Identificou-se que as classes presentes no eixo 2, estão relacionadas as formas de contágio e redes de apoio recorridas pelos idosos entrevistados, ao preconceito sobre a AIDS e sobre o tratamento e mudanças ocorridas em suas vidas. No entanto, a questão de gênero foi identificada nas respostas dos idosos do sexo feminino, quando se referiram sobre o tratamento e as mudanças ocorridas, o que demonstra que para as idosas as mudanças vivenciadas podem ser mais incidentes em determinados aspectos.

5 – CONCLUSÕES

Os resultados permitem destacar que os idosos têm conhecimento sobre a AIDS, mas que, no entanto, acreditam que ainda faltam mais informações direcionadas especialmente para a faixa etária de 60 ou mais. Alguns ainda se sentem vulneráveis devido à falta de informações, bem como à crença errônea de que somente os jovens poderiam adquirir a doença, o que os leva, muitas vezes, a esconderem das outras pessoas sobre o diagnóstico.

Quanto às representações sobre a AIDS, a maioria dos idosos associa a doença com aspectos relacionados ao medo e a falta de prevenção, mas também associam a cura e aos exames, o que demonstra que podem conviver com a doença,

apesar da mesma ser remetida a significados negativos e preconceituosos, independente do perfil do idoso. Além disso, associam a AIDS a questão dos cuidados que precisam ter tanto com a saúde quanto com a questão da transmissão.

As representações sobre a AIDS foram influenciadas pelo nível de escolaridade, faixa etária e sexo, principalmente no que concerne à descoberta do diagnóstico, forma de contágio e redes de apoio, tratamento, mudanças na vida e nível de conhecimento.

O aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa está ligado muitas vezes à falta de informações e a não prevenção, considerando que a forma predominante de contágio é a sexual. Nesse sentido, a crença errônea de que as pessoas idosas não possuem vida sexual ativa, conduz o grupo a não buscar se prevenir. Dessa forma, diante do aumento de casos de HIV/AIDS na terceira idade, cabe aos familiares e aos profissionais de saúde informarem aos idosos de que também fazem parte do grupo de risco, buscando alternativas que discutam abertamente sobre a prevenção, de forma a contrapor as situações de estigma e discriminação.

Assim, pode-se concluir que as representações dos idosos soropositivos sobre a AIDS, associadas às perdas, morte e falta de prevenção, dependem de um conjunto de fatores ou atributos socioculturais, com incidência diferenciada, em função da descoberta do diagnóstico, formas de contágio e de tratamento, nível de conhecimento, redes de apoio e mudanças na vida.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Uso do Alceste na Análise de Dados Qualitativos: Contribuições na Pesquisa em Enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 7, Número Especial, p. 5015-22, 2013.

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Vírginia Azevedo Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**. v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BONI, Valdete. **Gênero: o doméstico e o produtivo na agroindústria familiar**. 2006. Disponível em< <http://www.alasru.org/cdaldasru2006>>. Acesso em 01 de Maio de 2016.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. 7^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula. **Representações sociais sobre Aids de idosos infectados pelo HIV: riscos e reconstruções**. Belo Horizonte, 2004. 137f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CALVELLI, Haudrey Germiniani; LORETO, Maria das Dores Saraiva de; SILVA, Erika Cristine. As relações de gênero e a Agricultura Familiar de Pesqueira (PE): o empoderamento feminino a partir da produção de matérias-primas para o biodiesel. 2014. In: **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais - ABEP**. São Pedro-SP, 2014.

CAMARGO, Brigido Vizeu; TORRES, Tatiana de Lucena; BIASUS, Felipe. Práticas sexuais, conhecimento sobre HIV/Aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. **Liberabit**. v. 1.15, n. 2, p.1-11, 2009.

CASTRO, Susane de Fátima de; COSTA, Aline Aragão da; CARVALHO, Luciane Alves de; JÚNIOR, Francisco de Oliveira Barros. Prevenção da AIDS em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Revista Ciência & Saúde**. v. 7, n. 3, p.131-40, 2014.

COLLIS, J.; Hussey, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DANTAS, M.; CAVALCANTE, V. **Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa**. Universidade Federal de Pernambuco. 2006. Disponível em:< <http://pt.scribd.com/doc/14344653/Pesquisa-qualitativa-e-quantitativa>>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

DELMIRO, Rosana Silva. **O que Pensam os Idosos sobre a Aids: Representações Sociais e Práticas**. 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rosana%20Delmiro.pdf>>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1982.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 1-8, 2011.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Portal PJF, Fevereiro de 2004. Disponível em:

<http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

HANAN, Janete. **A percepção social da AIDS Raízes do preconceito e da discriminação**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER, 1994.

HEILBORN, Maria Luiza. De que gênero estamos falando? **In: Sexualidade, Gênero e Sociedade**. ano 1, n° 2 CEPESC/IMS/UERJ, 1994.

JODELET, Denise. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JUNQUEIRA, Marciclene de Freitas Ribeiro. Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Estudos**. v. 36, n. 1/2, p. 191-208, Goiânia – Goiás, 2003.

LÔBO, Márcio Pereira. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS: Representações Sociais de Idosos Residentes em Zona Rural**. 2011, 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, 2011.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. v.1, n.1, p.18-43, jan/jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31°. ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, v.24, n.1, p.77-98, 2005.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Em Busca de uma Outras História: Imaginando o Imaginário. **Rev. Bras. De Hist.** v.15, n.29, p.9-27, 1995.

PROVINCIALI, Renata Maria. **O convívio com HIV/aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento**. Ribeirão Preto, 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Psicologia e Educação, Ribeirão Preto-SP, 2005.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho de. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Interamerican Journal of Psychology**. v.43. n.2, p. 323-332, Porto Alegre. 2009.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **O gênero em questão: apontamentos**. (Trabalho inédito) Salvador: NEIM/UFBA, 1992.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history.** New York: Columbia University Press. 1989.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva; PEREIRA, Amanda Namibia Silva. Perfil Comportamental de Idosos com HIV/AIDS Atendidos em um Centro de Referência. **Rev. Enferm. UFPE.** v. 7, n. 2, p. 407-13, 2013.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namibia Silva; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate.** v.37. n. 97, p. 1-11, 2013.

SILVA, Helony Rodrigues da; MARREIROS, Maria do Ó Cunha; FIGUEIREDO, Thiago Silveira; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com Aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v.20 n.4, p. 499-507, 2011.

SILVA, Margarete Moreira Coutinho. **Juventude Rural e as Representações Sobre a Aids.** 2012, 207 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2012.

STROPASOLAS, Valmir Luiz. Juventude Rural: uma categoria social em construção. **In: SBS – XII Congresso Brasileiro de Sociologia.** GT 22 : Sociologia da Infância e Juventude. Santa Catarina, 2013

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística.** 11ªed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

ULTRAMARI, Liliane; MORETTO, Paula Burian; GIR, Elucir; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; TELES, Sheila Araujo; GASPAR, Joice; MACHADO, Alcyone Artioli. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 13, n. 3, p. 405-412, 2011.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE.** v.5, n.1, p.61-70, 2002.

ARTIGO 3

**FATORES INTERVENIENTES PARA A AQUISIÇÃO DA DOENÇA E AS
REPERCUSSÕES DO HIV/AIDS SOBRE OS DOMÍNIOS DA VIDA E
FUNCIONAMENTO FAMILIAR DO IDOSO**

FATORES INTERVENIENTES PARA A AQUISIÇÃO DA DOENÇA E AS REPERCUSSÕES DO HIV/AIDS SOBRE OS DOMÍNIOS DA VIDA E FUNCIONAMENTO FAMILIAR DO IDOSO

RESUMO

Além da vida das pessoas, o HIV/AIDS afeta a qualidade de suas relações humanas. Nesse sentido, frente ao diagnóstico, surge a dúvida de para quem contar sobre a doença. Diante da importância do suporte familiar ao idoso portador do vírus HIV, no processo de adaptação à nova realidade, o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores intervenientes na aquisição da doença, além de examinar as repercussões que a AIDS causa sobre os domínios da vida do idoso e sobre o funcionamento familiar. Para tanto, foram realizadas entrevistas com os idosos com HIV/AIDS, que realizam tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE), em Juiz de Fora. Os resultados evidenciaram que a forma predominante de contágio era a sexual, além disso, para a maioria dos idosos entrevistados não ocorreram mudanças significativas em seus domínios da vida após a descoberta da doença. Já no que se refere ao funcionamento familiar, destacou-se aqueles que contaram para a família e se sentiram acolhidos, seguidos daqueles que mantiveram sigilo sobre a doença. Conclui-se que o apoio da família ao idoso com HIV/AIDS é de extrema importância no processo de adaptação à sua nova condição; no entanto, a vergonha e o medo do julgamento são fatores que contribuem para que os idosos escondam a doença dos familiares.

Palavras – Chave: AIDS; Idosos; Domínios da Vida; Funcionamento Familiar.

ABSTRACT

In addition to people's lives, HIV/AIDS affects the quality of their human relationships. According to this, after people know their diagnosis, the first question is who to tell about the disease. Given the importance of family support to the elderly with the HIV virus in the process of adaptation to the new reality, this study aimed to analyze the factors involved in the acquisition of the disease, the impact that AIDS causes in the fields of life of the elderly and on family functioning. For this, interviews were conducted with older people with HIV/AIDS, that are treated at the Specialized Care Service (SAE), in Juiz de Fora. The results showed that the predominant form of transmission was sexual, in addition to most of the elderly respondents there were no significant changes in their lives after they discover the disease. About the family functioning, it stood out those who told to family and felt welcomed, followed by those who maintained secrecy about the disease. It is concluded that family support for the elderly with HIV/AIDS is extremely important in the process of adapting to their new condition; however, the shame and the fear of judgment are factors that contribute to elderly hide the illness from their family members.

Keywords: AIDS; Elderly; Domains of Life; Family Run.

1 – INTRODUÇÃO

No início de 1980, surgiu a epidemia da AIDS trazendo consigo uma série de dúvidas sobre a doença, além de estigma e discriminação para com as pessoas portadoras do vírus. Esse estigma está relacionado ao fato de os primeiros casos da doença serem registrados entre os homossexuais e usuários de drogas, sendo que estes grupos, até então, já eram excluídos da sociedade (BERNARDI, 2005).

Segundo Santos e Assis (2011), a epidemia da AIDS vem sofrendo diversas modificações em seu perfil ao longo dos anos, dentre as quais destacam-se os fenômenos de feminilização, heretossesexualização, juventudilização, pauperização e

envelhecimento. O aumento do número de casos de HIV entre os idosos tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmitificação do sexo na terceira idade.

Muitas são as causas atribuídas ao aumento dos índices de contaminação e de idosos vivendo com o HIV/AIDS, dentre eles: as mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade; resistência por parte dos idosos em utilizar a camisinha; inovações na área da saúde; acesso à terapia antirretroviral e inovações na área medicamentosa (SERRA et al, 2013).

Segundo Schröder (2012), graças aos avanços no tratamento da AIDS, nota-se uma melhora na sobrevivência da população mesmo após a manifestação dos sintomas. O tratamento com antirretrovirais possibilita que as pessoas portadoras do HIV vivam por mais tempo e com mais qualidade. Percebe-se uma nova categoria relacionada às pessoas com AIDS na terceira idade, pois existem aquelas que contraíram o vírus após os 60 anos de idade, mas também existem aqueles que já envelheceram com o vírus HIV, já que os sintomas podem levar anos para se manifestar. No entanto, não importa com que idade se adquiriu o HIV/AIDS, é preciso tratar sobre esse assunto com as pessoas idosas, uma vez que este tema traz desafios, medos, contradições e preconceitos.

No aspecto social, o idoso convive com o estigma associado ao estar com AIDS, o medo dos familiares e da comunidade; a diminuição dos recursos financeiros; além das questões ligadas à qualidade de vida (SERRA et al, 2013).

Nesse sentido, a AIDS afeta tanto a vida das pessoas quanto a qualidade de suas relações humanas. Diante do impacto do diagnóstico, surge uma explosão de sentimentos vindos da dúvida sobre contar ou não para os amigos, familiares ou, até mesmo, outras pessoas próximas, sendo que este sentimento acaba por afetar os processos de comunicação e relacionamento com as pessoas, o que pode levar o paciente a enfrentar sozinho sua nova condição. Contudo, conforme destacam Diniz et al (2010), é de grande importância o suporte familiar ao paciente no processo de adaptação à nova realidade.

Diante deste fato, pressupõe-se que o HIV/AIDS na terceira idade pode repercutir de forma direta e incisiva nos domínios da vida do idoso, principalmente no familiar, acarretando implicações em seu funcionamento.

1.1– OBJETIVO

O estudo em questão objetivou analisar os fatores intervenientes para a aquisição da doença além de examinar as repercussões que a AIDS causa sobre os domínios da vida do idoso (a) e sobre o funcionamento familiar.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

A partir do objetivo proposto, esta seção apresenta o referencial acerca das consequências e implicações do HIV/AIDS na terceira idade.

2.1 - Consequências e Implicações do HIV/AIDS na Terceira Idade

O estigma e o preconceito relacionados ao HIV ocasionam diversas consequências negativas no que se refere à luta contra a AIDS, tanto no que tange às pessoas que vivem com o vírus, quanto no que concerne as estratégias de prevenção (JARDIM, 2012).

Para Almeida e Labronici (2007, p.265),

“em função das representações, advindas do preconceito e da ignorância, as pessoas com o HIV e a AIDS vivenciam emoções singulares, permeadas de sofrimento dentro de um contexto repleto de significados, entre os quais, o medo do abandono, de ser julgado e de revelar sua identidade social, a culpa pelo adoecimento, a impotência, a fuga, a clandestinidade, a omissão, a exclusão e o suicídio, originados e construídos pelo real convívio com o social que reforça os hábitos e expectativas e que estão profundamente enraizados numa sociedade preconceituosa”.

A descoberta e revelação da soropositividade é um evento crucial na vida tanto do portador quanto da família e dos amigos. A percepção negativa, a discriminação e a falta de conhecimento difundem o sofrimento, o medo do abandono e do julgamento. A quebra do padrão de vida, a impotência diante da nova realidade e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas são alguns dos aspectos relacionados a uma doença estigmatizada (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

Especificamente nos idosos, a ampliação no número de infectados com o HIV pode estar relacionado a uma falha em relação às tentativas de prevenção para esse grupo, pois, muitas vezes, as campanhas voltam sua atenção para a população mais jovem. Outro fator que contribui para o aumento dos casos de AIDS em idosos é a sexualidade estereotipada, que é culturalmente produzida na sociedade. Os

estereótipos de que as pessoas idosas não têm interesse por sexo ou que são incapazes de sentir algum estímulo sexual ainda são amplamente difundidos e, juntamente a isso, a prática sexual sem proteção contribui para que esse diagnóstico aumente cada vez mais (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014).

Jardim (2012) relata que o uso do preservativo também sofre influências da existência de tabus, uma vez que muitas pessoas, ao não se identificarem como imorais ou promíscuas, não se vêem em situação de vulnerabilidade e não fazem o uso. Os idosos muitas vezes não se percebem vulneráveis ao HIV e, até mesmo, os profissionais de saúde não têm considerado o público idoso em situação de vulnerabilidade. Para Araujo et al (2007) pensar o envelhecimento sem sexualidade acarreta graves consequências, sobretudo para a prevenção, pois esta só vai ocorrer caso os familiares e profissionais de saúde estejam atentos para discutir abertamente sobre o assunto.

Outro ponto a ser destacado diz respeito ao comportamento diferenciado dos idosos em face ao contágio, sendo mais comum entre homens e com maior nível socioeconômico (GOMES; SILVA, 2008). Além disso, como destaca Feijó (2006), é comum nesta situação a existência de preconceitos, vergonha, depressão e outros aspectos que diminuem o contato e a qualidade do relacionamento com as redes de convivência.

Como relata Saldanha et al (2008), além de toda a carga sociomoral que carrega um soropositivo, na velhice algumas construções sociais contribuem para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo idoso soropositivo. O medo da dupla rejeição social leva muitos idosos a procurarem mecanismos de aceitação social, como, por exemplo, alegarem que a forma de contágio foi através de transfusão sanguínea, negando assim o comportamento sexual vulnerável.

Em estudo realizado por Andrade (2010) com 75 idosos portadores do vírus HIV, estes descreveram que a descoberta da doença acarretou vivências de estigma e discriminação. Além disso, foram apontadas pelos idosos as limitações físicas, necessidade de acompanhamento clínico ou o uso contínuo dos medicamentos e suas eventuais consequências. Foram citados também sentimentos de incredulidade, isolamento e receio de discriminação tanto da família quanto do serviço de saúde.

Como pode ser visto, a descoberta da spositividade pode afetar os diversos domínios da vida do idoso, que, de acordo com Addams (2005), envolvem as esferas: trabalho, vida familiar, saúde, religião, amizades, situação financeira, tempo livre e

vizinhança. Esses domínios podem ser percebidos pelos indivíduos de forma diferenciada, em função da importância dos mesmos na vida das pessoas, ambiente vivenciado e fases do ciclo de vida.

Segundo Andrade et al (2010), a busca por meios de ajuda ou apoio é considerada uma reação natural do ser humano que está passando por uma situação complicada sob forte stress, na procura por um conforto emocional; ou seja, essa busca se forma a partir da necessidade de quem possa ajudá-lo a encontrar formas de resolver seus problemas e a sair de sua crise.

As redes de suporte ou apoio social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber apoio; ajuda material, serviços e informações; permitir às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas, em momentos de alguma necessidade; dar-lhes garantia que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; entre outros. O suporte social se torna importante na medida em que corresponde às necessidades experienciadas pelo próprio idoso. Dentro dessa perspectiva, o suporte social inclui uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental (ANDRADE et al, 2010).

Assim, a gerontologia classifica os sistemas de apoio em formais e informais, sendo os “formais os serviços de atendimento ao idoso, que incluem hospital, atendimento domiciliar, instituições de abrigo, programas de capacitação de recursos humanos”; enquanto os “informais são as redes de relacionamento entre os membros da família, amigos e vizinhos e, dessa forma, deverão constituir-se em redes de ações de referência, informação, orientação e encaminhamento, e outra de inclusão e proteção social” (ANDRADE et al, 2010).

Pode-se dizer que, para os soropositivos, a família é a principal fonte de apoio, sendo que o afastamento desse contato pode gerar grandes prejuízos. Em alguns casos, o que acontece é que o medo do preconceito e do isolamento fazem com que o portador do vírus HIV esconda dos seus familiares o diagnóstico, tornando o enfrentamento da doença um processo solitário, pois acredita que se revelar seu diagnóstico será rejeitado pela família, abandonado e discriminado (CARVALHO; PAES, 2011).

3 – METODOLOGIA

3.1 - Tipo de Pesquisa

Visando atender o objetivo proposto, fez-se uso de um modelo de pesquisa de natureza qualitativa, que, segundo Paulilo (1999), trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões, buscando-se adequar e aprofundar sobre a complexidade dos fatos e processos, particulares a indivíduos e grupos. Minayo (2012) complementa dizendo se tratar daquelas metodologias capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Assim, pretendeu-se, por meio de um estudo de casos múltiplos, integrar métodos de pesquisa qualitativa, pois esse tipo de pesquisa responde questões muito particulares da realidade social. Conforme Minayo (2012), na pesquisa em ciências sociais trabalha-se com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, considerando que o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada.

3.2 – Local de Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Juiz de Fora, MG localizado a sudeste de Belo Horizonte, que se destaca, em Minas Gerais, no ranking de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU), conforme Guercio (2004).

A unidade empírica de análise compreendeu o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que foi implantado em Juiz de Fora em 28 de setembro de 1996, com o objetivo de atender tanto os pacientes do município quanto da Zona da Mata (GUERCIO, 2004).

3.3 – População e Amostra

Para satisfazer o objetivo proposto, a população estudada compreendeu homens e mulheres idosos (60 anos ou mais) com AIDS, que consultaram nos últimos 6 meses anteriores a Junho de 2015 no SAE, em Juiz de Fora/MG, e cujos prontuários foram abertos no período de 2007 a 2013, tendo assim o paciente, pelo menos 2 anos de diagnóstico. Assim, para um total de 85 idosos, 64 foram considerados elegíveis. Destes 64 idosos, 33 eram do sexo masculino e 31 do sexo feminino.

Em função desse universo populacional foi delimitada a amostra baseando-se no cálculo amostral para população finita, que, de acordo com Triola (2013), segue a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z\alpha/2)^2}$$

Onde,

n = Número de indivíduos na amostra;

N = População de idosos assíduos que abriram prontuário no SAE de 2007 a 2013;

Z $\alpha/2$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado, aqui estabelecido em 90% , sendo, portanto, equivalente a 1,65;

$\sigma^2 = p \times q$;

p= Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria a ser estudada;

q (1 – p) = Proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria a ser estudada, igual a 0,5;

E = Margem de erro ou erro máximo de estimativa, aqui estabelecida em 0,1;

Assim o tamanho de amostra de idosos foi:

$$n = \frac{64 \times 0,5 \times 0,5 \times (1,65)^2}{63 \times (0,1)^2 + 0,5 \times 0,5 \times (1,65)^2} = n = \frac{43,56}{1,32} = 33 \text{ idosos com AIDS}$$

A amostra foi de 33 idosos, sendo 52% do sexo masculino (n=17) e 48% do sexo feminino (n=16).

3.4 - Instrumentos de Coleta de Dados e Categorias de Análise

A coleta de dados é a forma como se obtém os dados necessários para responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2005). Para este estudo, a técnica de coleta dos dados utilizada foi à entrevista semi-estruturada, realizada no período de 29 de Junho de 2015 a 17 de Julho de 2015.

Para tanto, foi elaborado um roteiro, apresentado no Apêndice A, com o propósito de orientar a coleta dos depoimentos. Pretendeu-se indagar sobre: como se deu a descoberta da doença; com qual idade descobriu a doença; como se deu o contágio pelo vírus HIV/AIDS (vulnerabilidades/riscos sociais); se já se sentiu discriminado e como reagiu; quais foram as estratégias e a convivência com a doença; como tem sido o tratamento; quais foram às principais redes de apoio que o idoso recorreu após a descoberta da doença; quais foram às mudanças que a doença causou nos seguintes domínios da vida do idoso (a): trabalho, vida familiar, saúde, religião, amizades, situação financeira, tempo livre e vizinhança, bem como sobre o funcionamento familiar, em termos de: composição da família, normas e regras, formas de interação, comportamentos dos membros, relações de afeto e apoio, conflitos, comunicação e envolvimento familiar no enfrentamento da doença.

A intenção foi ter um roteiro prévio, embora tenha sido dado espaço de liberdade para que os entrevistados pudessem fazer associações concernentes à sua história de vida que considerassem relevantes.

As entrevistas foram realizadas no SAE, em uma sala disponibilizada pelo coordenador, sendo os participantes abordados e convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam o atendimento médico ou ao saírem da consulta. Para verificar a idade do paciente, antes de abordá-los era feita uma consulta ao prontuário; enquanto que a aproximação com o paciente era feita por intermédio da recepcionista do serviço. As entrevistas tiveram duração entre 30 minutos e 1 hora e 30 minutos.

Vale ressaltar que todo o processo de coleta dos dados foi viabilizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos participantes da pesquisa, conforme Apêndice B. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Viçosa (UFV), e aprovado sob o registro CAAE: 45259815.4.0000.5153.

3.5 - Procedimentos de Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Conforme Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social. Assim, é um meio de expressão do sujeito, onde o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

As entrevistas, conforme permissão, foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas.

4- RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1- Fatores Intervenientes na Aquisição da Doença pelos Idosos

No que se refere aos fatores intervenientes na aquisição da doença, levou-se em consideração a forma de contágio, modo como descobriu a doença, motivo do aumento de casos de HIV/AIDS em idosos, preconceito contra a doença, forma como tem sido o tratamento, estratégias adotadas para conviver com a doença e políticas de controle e prevenção.

Ao serem questionados sobre como se deu o contágio, 31 idosos responderam que foi de forma sexual, sendo que a maioria não sabia quem era a pessoa que havia lhe contaminado; além de uma entrevistada que sofreu abuso sexual por ser moradora de rua. No entanto, destacam-se aqueles que adquiriram a doença a partir da relação sexual com os próprios companheiros, além de 2 mulheres que afirmaram terem adquirido a doença a partir da transfusão sanguínea.

A seguir algumas falas dos entrevistados sobre a forma que se deu o contágio.

“Tenho a dúvida se foi sexual pelo meu marido ou se foi através de uma transfusão que eu tinha feito há um tempo atrás. Eu tenho essa dúvida até hoje mas eu fui a São Paulo porque eu tive tuberculose, aí eu fui a São Paulo para saber se naquela época achava alguma coisa da AIDS, e o médico que me tratou ele afirma que naquela época não tinha nada”(Entrevistado nº 22, sexo feminino).

“Eu não sei te explicar, mas é relação sexual” (Entrevistado n° 27, sexo feminino).

“Transusão de sangue quando ganhei meu filho e tive uma hemorragia” (Entrevistado n° 25, sexo feminino).

“Eu nem vou saber de quem peguei, eu era traveco da Atlântica nem esquentei a cabeça com isso, naquela época eu era traveco ai não tem desse negócio de preservativo, depois não adianta reclamar” (Entrevistado n° 9, sexo masculino).

“Foi sexual só não sei de quem peguei porque era motorista” (Entrevistado n° 24, sexo masculino).

“Foi relação sexual, mais eu não sei de quem foi porque eu era promíscuo, eu sou homossexual e não me cuidava. Já faz uns quatro anos” (Entrevistado n° 29, sexo masculino).

O resultado acima corrobora com o estudo de Okuno et al (2012), que ao identificarem a forma de contágio entre idosos com HIV/AIDS, constataram um percentual de 66,2% dos entrevistados que adquiriram a doença através de relação sexual.

No que se refere à forma como se deu à descoberta da doença, a maioria dos entrevistados respondeu que passou mal e assim veio a descobrir. Também tiveram aqueles que descobriram após exames de rotina a pedido do médico e os que fizeram o exame após o companheiro (a) descobrir a doença. O tempo de contágio dos entrevistados variou de 2 a 8 anos, como relatado a seguir.

“Eu soube que a mulher que eu ficava com ela estava e fiz o exame antes de aparecer qualquer anormalidade eu já fiz o exame prá vê ai realmente deu o problema, faz uns seis anos” (Entrevistado n° 3, sexo masculino).

“Eu tava internado por um outro problema, aí a médica deu uma geral no meu sangue lá, aí ela disse que eu tava com o vírus. Faz oitos anos que eu descobri” (Entrevistado n° 28, sexo masculino).

“Passei mal, desmaiei, e ai fizeram muitos exames até que descobriram, mas demoraram prá descobrir, eu fiquei em coma muito ruim mesmo, isso já faz uns oito anos” (Entrevistada n° 30, sexo feminino).

“Meu parceiro começou a dar umas feridas no pênis, ai ele foi no médico o médico examinou e deu positivo, ai me chamou para fazer o exame também, eu fiz dois exames e deu negativo no terceiro deu positivo, isso já faz oito anos” (Entrevistada n°11, sexo feminino).

Quando questionados, sobre qual seria a razão dos casos de HIV/AIDS em idosos estarem aumentando, os entrevistados acreditam que esteja ligada à falta de informação e de prevenção por parte dos idosos e, até mesmo, por acreditarem que eles estão livres de se contaminarem, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Os idosos são ignorantes também porque acham que com eles não acontece nada” (Entrevistado nº 1, sexo masculino).

“Falta de informação e pode ser descuido mesmo também” (Entrevistado nº 29, sexo masculino).

“Falta de informação e prevenção né” (Entrevistada nº 7, sexo feminino).

“Eu acho que e falta de prevenção e excesso de confiança” (Entrevistada nº 19, sexo feminino).

Como destaca Lôbo (2011) é comum ver os pacientes idosos justificarem sua condição de soropositividade a vários fatores, dentre eles a falta de informação sobre como se prevenir do vírus HIV/AIDS, juntamente com a idéia de que a AIDS é uma doença do outro que não vai acontecer comigo.

Ao serem questionados se já se sentiram discriminados por causa da doença, dos 33 entrevistados, 6 relataram que sim, sendo que esse preconceito estava relacionado ao fato de alguns amigos terem se afastado, de terem perdido o emprego ou de comentários que algumas pessoas fizeram a respeito.

Os 27 entrevistados que responderam que nunca sofreram preconceito, relacionaram a situação, ao fato de não contarem para ninguém, ou para quase ninguém, sobre a doença. Para eles, o fato do sigilo, acarreta a ausência do preconceito das pessoas. As falas a seguir expressam o que pensam os entrevistados.

“Ate que já, porque uma vez eu fui arrumar um serviço com uma mulher que era conhecida aí ela ficou sabendo e não quis mais, achou que eu ia contaminar a família dela ai eu ate evito de falar” (Entrevistado nº 7, sexo feminino).

“Sim, reagi e quase matei a pessoa, não sei como descobriram no prédio, aí eu mudei de lá” (Entrevistado nº 15, sexo feminino).

“Não, porque não é muita gente que sabe não, só gente mais chegado assim que eu falo, porque eu tive que falar, não pude guardar só para mim” (Entrevistado nº 10, sexo feminino).

“Demais, eu me sinto muito triste muito revoltada eu já perdi muita amizade sabe, porque se eu vejo que as pessoas me discriminam eu afasto” (Entrevistado nº 23, sexo feminino).

“Não, porque eu não falo muito, não conto para ninguém. A própria doutora tá sempre me falando que eu não tenho que falar não, não tem necessidade, falo para alguém que eu considero, que você sabe que vai te respeitar e tudo mais. Eu nunca fui discriminado não” (Entrevistado nº 5, sexo masculino).

“Já sim, mas foi no olhar verbalmente eu nunca fui, nunca ninguém falou nada comigo, mas eu já fui dispensado do trabalho porque eu contei que tinha a AIDS, foi tudo sutilmente, mas foi por causa da doença porque eu trabalhava muito bem” (Entrevistado nº 29, sexo masculino).

Silva (2009) afirma que a principal estratégia adotada pelos idosos é a tática do silêncio, do segredo e da ocultação da doença, como forma de evitar situações de estigma e discriminação, que ocorrem, de forma mais evidente, nas relações familiares e na vida cotidiana, por meio de diversos constrangimentos.

Ao serem questionados sobre o preconceito que as pessoas têm com respeito a AIDS, todos os entrevistados foram enfáticos ao afirmarem que se trata de uma besteira que não devia existir e que faz muito mal para as pessoas que tem a doença, uma vez que se sentem obrigadas a omitir a soropositividade de outras pessoas e, assim, passam a ser mais solitárias.

“É uma bobeira, não devia existir isso, as pessoas sentem pena da gente, é muito triste” (Entrevistado n° 3, masculino).

“Acho que é uma besteira muito grande, e faz muito mal para quem tem a doença esse preconceito”. (Entrevistado n° 6, sexo masculino).

“Eu acho uma besteira, não precisa não, doença não precisa de preconceito não”. (Entrevistado n° 10, sexo feminino).

“Hoje em dia todo mundo tem preconceito, uma coisa que não tem nada haver, porque o problema é meu, eu que tenho que me cuidar, se eu te abraçar não vai pegar”. (Entrevistado n° 15, sexo feminino).

Para os entrevistados, o preconceito direcionado para as pessoas com HIV/AIDS, não é maior quando é um idoso que tem a doença. Eles acreditam que seja igual para todos, e isso está ligado ao fato do preconceito ser relacionado à doença e não para a faixa etária de ocorrência, o que nos remete ao estigma que a doença carrega.

Quando indagados sobre como tem sido o tratamento, os idosos relataram que tem sido bom; no entanto, algumas reações são bastante intensas no início, o que gera alguns incômodos.

Já em relação às estratégias adotadas para conviver com a doença, os entrevistados afirmaram terem continuado a viver normalmente, tentando se esquecer da doença, para assim viver melhor como relatado a seguir:

“Continuei vivendo normal, atendendo as ordens médicas e também não me separei do meu marido, perdoei a traição e continuamos juntos”. (Entrevistado n° 32, sexo feminino).

“No início foi difícil, mas agora não, eu faço de conta que eu não tenho nada, agora eu fui aceitando, porque antes eu não aceitava” (Entrevistado n° 23, sexo feminino).

“Tive que me adequar para poder continuar vivendo, aí finjo que não tenho nada”. (Entrevistado n° 33, sexo masculino).

“Primeiramente foi fazer tudo o que o médico pediu, seguir as orientações médicas, procurei saber o que pode fazer e o que não pode”. (Entrevistado n° 2, sexo masculino).

Com relação às principais políticas de controle e prevenção do HIV/AIDS, os entrevistados declararam já ter visto na televisão, no SAE, nos hospitais e escutado no rádio, falando sobre o uso do preservativo; mas, para eles, essas informações são passadas somente em algumas épocas do ano, como o carnaval e no dia mundial de combate a AIDS. Os entrevistados acreditam que seria muito importante estarem divulgando mais e direcionando as campanhas para todas as idades, pois, como pode ser observado nas respostas de alguns, diversas campanhas são direcionadas apenas para os jovens. Alguns também acreditam que a descoberta de uma vacina contra a doença seria importante.

As falas a seguir mostram os depoimentos dos idosos.

“Na televisão mostra alguma coisa, agora parou, mais no início tava mostrando. Eu acho que a televisão devia divulgar mais porque é onde todo mundo tem acesso, devia ter mais palestras também ou reunião em cada município, porque muitas vezes passa despercebido e as pessoas esquecem” (Entrevistado n° 29, sexo masculino).

“Só vejo na televisão e escuto no rádio de vez em quando. Eu vi na televisão que ia ter uma vacina que acaba com essa doença, aí ia ser importante porque ajudaria muita gente” (Entrevistado n°14, sexo masculino).

“Antes fazia mais propaganda, agora quando é a época do HIV é que eles falam mais. Eu leio algumas coisas no jornal, também devia alertar nas escolas e as pessoas ficarem mais conscientes também” (Entrevistado n° 7, sexo feminino).

“Tem falando sobre relacionamento com camisinha, sobre usar drogas na veia, essas coisas. Devia ter mais alertas na televisão que é mais útil prá contato” (Entrevistado n° 6, sexo masculino).

“Falam muito que tem que usar camisinha e sobre o negócio do sangue, se acontecer, se tiver cortado, não fazer contato com outra pessoa, se o colega tiver machucado não usar o mesmo aparelho que o outro que vai passar para o outro. Eu vejo quando passa na televisão porque eu gosto muito de assistir um jornal. Os rapazes e as meninas, essas meninas de 17 anos, que não podem ver um homem, que não procura nem saber se eles tem uma doença ou não e elas não tão nem aí, e os rapazes, pior ainda, deviam alertar, porque eles não tão nem aí” (Entrevistado n° 4, sexo feminino).

Como destaca Araújo et al (2009), a escassez de campanhas de educação e prevenção direcionadas para os idosos é um fator determinante para que essa

população fique menos informada e, assim, não se preocupem com a prevenção do vírus HIV.

4.2 – As Repercussões do HIV/AIDS sobre os Domínios da Vida dos Idosos

No que se refere às mudanças que o HIV/AIDS acarretou nos domínios da vida dos idosos, em relação ao trabalho, para 20 entrevistados não ocorreu nenhuma mudança, uma vez que estes já não estavam mais trabalhando. No entanto, para os demais, a doença acarretou mudanças ligadas à dificuldade em conseguir trabalhar, devido a fraquezas e outros problemas consequentes ao uso do coquetel, bem como, para alguns que se aposentaram, após a descoberta do diagnóstico. A seguir alguns depoimentos dos entrevistados:

“No mesmo dia que eu descobri eu já fui pegando os papel, já fui aposentando”. (Entrevistado nº 9, sexo masculino).

“Eu achei diferença sim, porque a gente depois que pega isso a gente sente muita coisa, inclusive o remédio que a gente toma dá um efeito terrível na gente, muito ruim. Aí eu achei a diferença sim, antes de eu ter e depois só assim de sentir mais coisas assim que a gente vai sentindo”. (Entrevistado nº 11, sexo feminino).

“Eu fiquei inútil prá trabalhar”. (Entrevistado nº 12, sexo masculino).

“Eu era motorista de caminhão aí eu fui impossibilitado de dirigir aí fui mexer no quintal da minha mãe, fui cuidar disso”. (Entrevistado nº 24, sexo masculino).

As falas dos entrevistados acima podem ser explicadas por Lopes et al (2011), ao relatarem que uma dificuldade enfrentada no trabalho pelas pessoas HIV+ é o fato de muitos empregadores não os admitirem não só pelo preconceito, mas também pelo fato destes precisarem faltar ao emprego para consultar, além dos efeitos colaterais que acabam interferindo na produtividade dos indivíduos.

Com relação à vida familiar, 19 idosos responderam que não houve nenhuma mudança antes e depois da descoberta da doença, enquanto 5 declararam que sentiram mudanças relacionadas ao comportamento de alguns familiares. Contudo 8 entrevistados relataram não terem contado para ninguém e 1 disse não ter família, como mostra as falas a seguir:

“Mantive segredo, ninguém sabe. Eu já prefiro deixar só eu preocupado e não pôr a família preocupada. Irmã, ninguém sabe, se souber sabe por fora e não por mim, não contei nada a ninguém”. (Entrevistado n° 3, sexo masculino).

“Sim, eu fiquei sendo mais paparicado”. (Entrevistado n° 8, sexo masculino).

“Pelos meus filhos não, mas por algumas irmãs, eu sinto que agora eu sou um pouquinho mais afastada”. (Entrevistado n° 23, sexo feminino).

“Percebi que fecharam pro meu lado”. (Entrevistado n° 18, sexo masculino).

“Eu não contei prá ninguém lá em casa, porque não ía adiantar nada também, então mantive segredo. Escondo meus medicamentos e tomo tudo escondido”. (Entrevistado n° 2, sexo masculino).

Alencar (2012) explica que frente à realidade de preconceito e discriminação, além do sigilo em relação à doença, os idosos geralmente relatam sobre sua condição sorológica apenas para algumas pessoas do meio familiar, o que, por um lado, traz dificuldades para o idoso enfrentar a doença, uma vez que a família constitui uma das mais importantes redes de apoio psicossocial.

No que tange à saúde, 22 entrevistados relataram não terem sentido nenhuma mudança em relação à saúde, antes e depois da descoberta da doença, enquanto os demais sentiram uma piora, relacionada às reações aos medicamentos, bem como sintomas que o HIV/AIDS acarreta. Estas questões podem ser explicitadas a seguir:

“Sinto fraqueza geral, principalmente antes de comer alguma coisa. Muita fraqueza, falha de memória, isso tudo depois da doença”. (Entrevistado n° 6, sexo masculino).

“Senti muita [diferença], inclusive eu sinto assim, mais dores né, igual eu tô te falando, sinto muita dor. Sobre sexo eu não faço mais eu acho que não vale apena e também tenho medo de sentir dor”. (Entrevistado n° 11, sexo feminino).

“É muita coisa, antes eu não tinha nada e depois que eu tive essa doença apareceu as coisas, o meu pulmão ficou danificado, sinto muita falta de ar, por causa do pulmão”. (Entrevistado n° 12, sexo masculino).

“Não, porque mais o que eu tenho agora mesmo é da idade né, porque os ossos começam a doer, problema de coluna toda a vida eu tive”. (Entrevistado n° 25, sexo feminino).

Como pode ser visto nos relatos acima, apesar de alguns idosos afirmarem que sentiram uma piora em sua saúde após o diagnóstico, outros acreditam que as enfermidades que sentem atualmente estão ligadas a idade e não ao HIV/AIDS,

sendo que o uso do coquetel juntamente à soropositividade acarretam diversos problemas e complicações relacionados à saúde do paciente.

Em relação às mudanças ocorridas quanto à prática religiosa, 26 idosos relataram não terem sentido nenhuma mudança no que se refere à busca pela religião, uma vez que aqueles que frequentavam a igreja, relataram continuarem indo do mesmo modo. O restante dos idosos afirmaram terem sentido mudanças sim, uma vez que buscaram mais a Deus, como forma de tentarem superar a doença. Os trechos dos depoimentos a seguir confirmam o exposto:

“Mudou, acho que a gente pensa mais em Deus, eu não sou muito de ir a igreja não, mas aí a gente se entrega mais a Deus, pede mais força, eu tenho certeza que Deus vai me curar”. (Entrevistado n° 7, sexo feminino).

“Não mudou, eu sempre fui muito religiosa, sempre tive muita fé. A fé que me segura de pé”. (Entrevistado n° 20, sexo feminino).

“Não mudou nada, vou a mesma coisa, quando tenho vontade”. (Entrevistado n° 33, sexo masculino).

“Agora eu tô buscando mais. Têm vez que não dá pra ir não aí eu fico até chateado, mas ligo o radinho na religião”. (Entrevistado n° 12, sexo masculino).

As falas dos idosos confirmam o relato de Saldanha et al (2009), ao afirmarem que a crença religiosa se torna para a maioria dos idosos uma fonte de esperança, uma forma de enfrentamento e alívio para o sofrimento, o medo e a angústia.

No que se refere as mudanças percebidas com relação às amizades, 18 entrevistados relataram não ter contado para nenhum amigo, 11 disseram que os amigos que sabem não manifestaram nenhuma mudança, 1 afirmou não ter amigos e o restante sentiu um afastamento dos amigos que sabiam da condição soropositiva, como demonstram as falas a seguir:

“Das minhas amigas ninguém sabe, não tive coragem de contar para ninguém, porque hoje em dia você pensa que tem amizade, você não tem, às vezes você conta, a pessoa fala pra frente, a pessoa tem preconceito”. (Entrevistado n° 4, sexo feminino).

“Tem uma amiga minha que se afastou um pouco”. Entrevistado n° 15, sexo feminino).

“Eu não tenho amigos, sô sozinha mesmo”. (Entrevistado n° 26, sexo feminino).

“Não, quem sabe me trata normal, quem eu não confio muito eu não comento”. (Entrevistado nº 8, sexo masculino).

Estudo realizado por Silva et al (2012), com pacientes a partir de 60 anos, em atendimento no SAE de Divinópolis – MG, durante o ano de 2012, corroboram desse resultado, ao relatarem que entre os entrevistados se destacaram aqueles que não revelaram o diagnóstico para os amigos, uma vez que sentiam medo relacionado ao preconceito, ao afastamento das pessoas, além de se preocuparem em perder o respeito dos amigos. Dessa forma, evidencia-se o esforço dos idosos em manterem o segredo do diagnóstico.

Em se tratando de situação financeira, 22 entrevistados afirmaram que não houve mudanças em sua situação financeira, uma vez que os medicamentos são oferecidos pelo SUS; já o restante afirmou ter tido aumento de gastos, relacionados à alimentação e a alguns medicamentos que, algumas vezes, precisam comprar.

“Não, porque os remédios são por conta do SUS”. (Entrevistado nº 3, sexo masculino).

“Tô gastando mais muncadim né. De vez em quando o médico passa um remédio prá comprar”. (Entrevistado nº 12, sexo masculino).

“Não, eu gastei igual”. (Entrevistado nº 23, sexo feminino).

Já em relação ao tempo livre para o lazer, 21 idosos relataram não terem percebido nenhuma mudança, pois alguns afirmaram não gostarem de sair de casa, enquanto outros disseram que já tiravam um tempo para lazer antes da doença. Contudo, 12 idosos disseram que agora têm mais tempo para o lazer, uma vez que não estão mais trabalhando e assim podem sair quando querem. Os relatos abaixo evidenciam estas questões:

“Antes eu trabalhava né, agora eu posso passear todo dia. Todo dia de manhã vou na casa que meu pai deixou e a noite volto para a casa da minha irmã”. (Entrevistado nº 1, sexo masculino).

“Não mudou, não gosto de sair, nunca gostei, se eu não for para a igreja o resto eu não gosto”. (Entrevistado nº 10, sexo feminino).

“Eu sou uma pessoa muito tranquila e então tô mesma coisa, não mudei nada não, mas eu sou um cara muito de casa, mais caseiro, não gosto de bagunça”. (Entrevistado nº 17, sexo masculino).

“Eu continuo saindo e passeando do mesmo jeito eu não aguento ficar quieta dentro de casa, não nasci para ser presa”. (Entrevistado n° 25, sexo feminino).

“Isso agora eu tenho né, porque antes trabalhava”. (Entrevistado n° 24, sexo masculino).

“Agora eu tenho tempo para o lazer, porque eu já aposentei mesmo, posso sair, aproveitar. Todo dia eu vou jogar carteadado, isso aí me ajudou muito também porque prende o tempo”. (Entrevistado n° 21, sexo feminino).

Para Antunes (2012), a importância do lazer na terceira idade está relacionada a se envelhecer com autonomia e independência, além de qualidade de vida, o que acarreta uma diminuição nas preocupações dos idosos com os agravos na saúde.

Por fim, em relação aos vizinhos, 24 entrevistados afirmaram que nenhum vizinho sabe da doença, enquanto 6 relataram não terem percebido nenhuma mudança no comportamento dos vizinhos que sabem. Já os demais declararam ter sentido um distanciamento dos vizinhos, bem como certa discriminação.

“Minha vizinhança tem sido boa para mim, graças a Deus. Lá onde eu moro, tem dez anos que eu moro lá, é tudo tranquilo”. (Entrevistado n° 9, sexo masculino).

“Não, lá meus vizinhos que sabe continuou a mesma coisa comigo, não teve mudança não”. (Entrevistado n° 11, sexo feminino).

“Tem uns conhecido meu lá que sabe, antes eles brincavam comigo, mas agora, a gente nota [mudança], senti um pouco de diferença”. (Entrevistado n° 12, sexo masculino).

“Acredito que eles saibam porque uma vez eu chamei a ambulância porque eu estava em crise de pânico e para a ambulância chegar até mim eu tive que falar que eu tinha AIDS. Mas eu não senti nenhuma diferença no comportamento deles não, por sinal são ótimos vizinhos”. (Entrevistado n° 15, sexo feminino).

“Não, os vizinhos de conversa fiada eu afastei de tudo, eu faço de conta que eles estão falando a maior calúnia, faço de conta que não sei de nada. Tem uma vizinha que a filha dela morreu com HIV e quando ela descobriu que eu tava contou para um monte de gente, então eu fiquei chateada com ela porque eu ajudei ela muito, o pior que as outras pessoas nunca tiveram confirmação de mim, tem gente que não acreditou nele e acreditou em mim, acham que eu não tenho porque ela é conversa fiada, por causa da língua dela e eu gostava dela mas aí eu preferi cortar não teve jeito”. (Entrevistado n° 21, sexo feminino).

“Demais, eu senti discriminação mesmo, você sai eles ficam olhando, eu fiquei muito tempo sem o passe livre por vergonha, porque ficava todo mundo de olho querendo saber o que eu tinha”. (Entrevistado n° 23, sexo feminino).

Estudo realizado por Cerqueira (2014), com idosos que vivem com o vírus HIV/AIDS, demonstrou resultado semelhante, ao registrar, pelo relato dos idosos, que é comum estes manterem segredo sobre a sua condição sorológica para os vizinhos, considerando que o segredo pode garantir a continuidade da estrutura das redes sociais.

4.3 - As Repercussões do HIV/AIDS sobre o Funcionamento Familiar do Idoso

No que se refere ao funcionamento familiar dos idosos, vale ressaltar que dos 33 idosos entrevistados, constatou-se que 12 moravam sozinhos, 8 residiam com os filhos (as), 4 com os irmãos, 4 com o cônjuge ou companheiro, 2 com a mãe, 1 com o sobrinho, 1 com a neta e 1 no GEDAE (Grupo Espírita de Ajuda aos Enfermos).

Ao serem questionados sobre as mudanças que ocorreram na composição familiar em relação ao número de membros, antes e depois da descoberta da doença, 21 entrevistados relataram não ter ocorrido nenhuma mudança; ou seja, continuaram vivendo sozinhos ou com os membros que já viviam. No entanto, os demais relataram ter ocorrido mudanças, uma vez que foram morar com outros parentes ou, até mesmo, passaram a viver sozinhos, devido ao fato dos filhos terem se casado ou por terem ficado viúvos, como pode ser visto nas falas a seguir.

“Antes eu morava com o meu irmão aí meu irmão morreu e eu fui para a casa da minha irmã porque ela ficou com medo que eu ficasse em depressão lá sozinho”. (Entrevistado n° 1, sexo masculino).

“Quando eu descobri, morava com meus dois filhos e ainda moro com eles”. (Entrevistado n° 4, sexo feminino).

“Antes de descobrir a doença eu morava com minha esposa e com uma neta dela. Agora depois que fiquei viúvo, moro sozinho”. (Entrevistado n° 17, sexo masculino).

“Antes eu morava sozinha e depois eu arrumei um companheiro. Aí quando eu separei desse companheiro eu fui morar com a minha filha”. (Entrevistado n° 21, sexo feminino).

“Antes eu morava na rua né, agora moro no GEDAE”. (Entrevistado n° 26, sexo feminino).

Camargos e Rodrigues (2008) esclarecem que, apesar da terceira idade não ser sinônimo de doenças e incapacidades, tem-se conhecimento que nessa fase da vida as pessoas acabam estando mais susceptíveis a problemas de saúde, e em consequência disso precisam de mais apoio. Dessa forma, os idosos que vivem com

outras pessoas, sendo elas, parentes ou não, encontram-se aparentemente mais amparados em caso de problemas de saúde ou para apoio nas atividades da vida diária. Por outro lado, os idosos que moram sozinhos estão mais vulneráveis e desprovidos de apoio diante de dificuldades relacionadas à saúde.

Em relação as mudanças nas normas e regras que regulam o comportamento e a vida da família, para 28 entrevistados não ocorreu nenhuma mudança, 2 afirmaram terem havido mudanças relacionadas a uma maior higiene e cuidado entre os moradores da sua casa e a uma maior aproximação entre os membros, onde todos buscam estar sempre mais unidos e 2 afirmaram que em sua casa nunca tiveram essas normas, uma vez que é cada um por si.

“Lá em casa não tem disso não, nunca teve. É cada um por si mesmo”. (Entrevistado nº 1, sexo masculino).

“A gente cuida mais, há mais higiene, lava a mão toda hora, aquela coisa toda né”. (Entrevistado nº 8, sexo masculino).

“Não mudou não, continua reunido. Sempre tivemos costume de almoçar junto, tudo reunido”. (Entrevistado nº 11, sexo feminino).

“Agora que eu coloquei [regra], antes não tinha não, depois que minha irmã faleceu então agora eu coloquei regra em tudo. A gente tenta ficar sempre perto, almoçar junto”. (Entrevistada nº 20, sexo feminino).

No que tange as mudanças nas formas de interação entre os membros da família, notou-se que 26 idosos relataram não ter ocorrido nenhuma modificação antes e depois da descoberta da doença, enquanto 6 perceberam alterações no comportamento de seus familiares.

“Não mudou não, continua tudo do mesmo jeito, mas percebo que minha irmã toma mais cuidado né”. (Entrevistado nº 1, sexo masculino).

“Antigamente quando eu não tinha, era mais afastado, agora eles tão chegando mais sabe. Conteí prá todo mundo no mesmo dia, não é tão difícil, é só tratar agora”. (Entrevistado nº 9, sexo masculino).

“Tem uma irmã minha e um irmão que afastou um pouquinho de mim, conversa comigo mas é de longe, e afastou, assim a gente nota, não é igual”. (Entrevistado nº 12, sexo masculino).

“Nossa interação é boa, estou mais próxima dos meus filhos. Meus filhos melhoraram muito”. (Entrevistado nº 15, sexo feminino).

Para Jesus et al (2012), as reações da família em relação ao indivíduo portador do vírus HIV/AIDS podem ser influenciadas pelos significados que a

cultura atribui à doença, acarretando assim que os idosos sejam discriminados e excluídos do grupo familiar.

Em relação ao comportamento dos membros da família frente à descoberta da doença, predominou nas respostas dos entrevistados o sentimento de compreensão, susto e, em alguns casos, revolta, como demonstram as falas abaixo:

“Minha irmã não se importou porque disse que já sabia que isso um dia ia acontecer, porque antes eu saía com umas mulheres que ela falava que não prestavam. Mas os meus irmãos que sabem da doença me compreenderam e me ajudaram”. (Entrevistado nº 1, sexo masculino).

“Não teve revolta não, teve compreensão e foi um susto né porque é normal de levar um susto”. (Entrevistado nº 5, sexo masculino).

“Compreensão eu vi em alguns, os familiares mais próximos. Os outros eu nem fui na casa deles contar”. (Entrevistado nº 9, sexo masculino).

“A minha menina, não sei se ela pensou que eu ia morrer assim de repente, ela tava morando no Rio aí quando ela descobriu até chorou, se desesperou aí ficaram, mas vem morar com a gente, aí eu falei, não preciso morar com ninguém, sei fazer minhas coisas. Acho que eles só se viram revoltados por causa desse moço [quem passou o vírus HIV] né, mas depois eles fizeram amizade com ele, continua amizade do mesmo jeito”. (Entrevistado nº 10, sexo feminino).

“Meus filhos ficaram revoltados, mas foi com o meu marido né, por causa do cara ter feito isso comigo né, aí foi a revolta com ele mas, só isso. Comigo foi compreensão”. (Entrevistado nº 11, sexo feminino).

“Nunca me falaram nada, mas eu senti que eles esfriaram um pouco, um pouco não, muito”. (Entrevistado nº 18, sexo masculino).

Segundo Vieira et al (2012), a família exerce um papel muito importante na vida do idoso. No entanto, cada família tem uma forma de reagir diante do diagnóstico de soropositividade, e isso vai depender de sua crença, cultura e regras. Dessa forma, é comum ver até mesmo o afastamento dos membros da família e de pessoas do convívio social do idoso, sendo isso, consequência da dificuldade da família em aceitar a doença, com medo da contaminação, da diminuição da renda devido aos gastos com o tratamento, da falta de conhecimento a respeito da doença e, até mesmo, dos tabus relacionados à sexualidade na terceira idade.

Sobre as relações de afeto e apoio recebidas, os idosos entrevistados afirmaram que recebem sim de seus familiares e que não ouve diferença, sentindo que eles estão sempre prontos a ajudar e apoiar. No entanto, destacaram-se dois entrevistados que acreditam não receberem de nenhum de seus familiares essas relações.

“Dos meus familiares é assim foi, mas menos, já dos meus amigos eu recebo mais”. (Entrevistado nº 5, sexo masculino).

“Também não mudou, só com a minha irmã porque nosso gênio não da certo”. (Entrevistado nº 14, sexo masculino).

“Eu não sinto não. Não recebo”. (Entrevistado nº 18, sexo masculino).

“A minha irmã, devido ela ser doente, ela sempre jogava na minha cara, me chama de aidética. Já com a outra irmã e o sobrinho teve relação de afeto e apoio sim, sempre teve”. (Entrevistado nº 20, sexo feminino).

Como afirmam Galvão e Paiva (2011), a rede social de apoio à pessoa vivendo com o HIV/AIDS é importante, para ela não se sentir sozinha no enfrentamento de uma doença com as peculiaridades do HIV, marcada pelo preconceito e o abandono. O suporte da família faz o portador do HIV encarar a doença com mais coragem e continuar vivendo sua vida tendo uma doença crônica que exige cuidados, como qualquer outra doença.

Ao serem questionados se já haviam vivenciado algum conflito devido ao fato de terem a doença, destacou-se entre os entrevistados a resposta negativa (73%); ou seja, nunca tiveram conflito com ninguém devido à soropositividade. No entanto, também surgiram algumas respostas positivas, estando esses conflitos associados às pessoas ou membros familiares que falaram alguma coisa que o entrevistado não havia gostado, ou ao parceiro que tinha a doença e não contou.

“Sim, quando eu fiz o exame aí que eu soube eu cheguei para ele[parceiro] e falei, ele pediu perdão, falou que não sabia que tinha, aí eu chorei e perdoei mas falei que não dava prá gente continuar mais”. (Entrevistado nº 4, sexo feminino).

“Não, inclusive com a própria pessoa que eu sei que transmitiu, nunca inferi a pessoa em nada”. (Entrevistado nº 8, sexo masculino).

“Sim, foi com uma pessoa conhecida que fez um comentário e a outra pessoa veio me contar, então eu disse que se ela continuasse com esses comentários eu iria processar, aí ele parou”. (Entrevistado nº 15, sexo feminino).

“Com o companheiro, eu tive, porque tava muito desesperada, aí ele falou: que quê tem? Não passaram pra mim também?. Aí me deu uma revolta terrível”. (Entrevistado nº 19, sexo feminino).

“Teve uma vez, que um besta que falou lá no mercado que eu tava, aí eu peguei e perguntei, porque ele tava falando de mim. Ele não era nada meu não, conhecido só, não era amigo nem nada, aí eu fui lá e dei um pega nele, prá ele calar a boca e cuidar da vida dele. Foi só esse conflito, mais nada”. (Entrevistado nº 21, sexo feminino).

Como esclarece Botti et al (2009), ao se descobrir portador de uma doença incurável, a pessoa vivencia conflitos que são comuns e fazem parte de qualquer situação desconhecida. O que diferencia é a maneira como cada indivíduo vivencia estes momentos, onde pode haver situações de negação, raiva, depressão, isolamento e aceitação.

Em relação a como tem sido o envolvimento familiar no enfrentamento da doença, a maior parte dos idosos relatou que foi de aproximação; no entanto, tiveram aqueles que relataram um distanciamento de alguns membros da família.

“Dos que sabem ninguém afastou, mas ninguém ajuda também, só essa minha irmã que moro com ela, parece que os outros não compreendem muito bem”. (Entrevistado n° 1, sexo masculino).

“De todos os irmãos, teve um que mais se afastou, ele não tem um diálogo comigo sobre esse problema, só Deus e eu para o problema”. (Entrevistado n° 6, sexo masculino).

“No princípio um susto né, todo mundo ficou meio lá meio cá, mas tudo bem. Tenho apoio emocional, psicológico, tudo né, acho que a família é tudo na vida”. (Entrevistado n° 8, sexo masculino).

“Todo apoio, tudo que precisar, tão tudo de acordo, é tudo o melhor possível. Não senti afastamento nenhum”. (Entrevistado n° 16, sexo masculino).

“Eles me amam de todo coração. Eu tenho todo apoio emocional”. (Entrevistado n° 20, sexo feminino).

“Quando eu descobri eu tinha visita todo dia [no hospital], minhas amigas vieram de longe prá me ver, rezavam o terço comigo, meu filho me deu total apoio, eu tenho uma netinha também que eu amo demais e minha nora é apaixonada comigo, não tenho o que reclamar. Eu recebo todo apoio do mundo e tenho total compreensão deles”. (Entrevistado n° 30, sexo feminino).

“Tenho apoio de todos os lados, inclusive quando eu falo com minha irmã que ainda não tomei o remédio ela fica doida, fica me perguntando se eu tomei o remédio. Graças a Deus a minha família é a base de tudo”. (Entrevistado n° 29, sexo masculino).

Como pode ser visto nos relatos acima, para o portador do vírus HIV/AIDS, o apoio familiar é de grande importância. Botti et al (2009) afirmam que, apesar do sofrimento ao saber do diagnóstico, a união e a afetividade se mantêm em alguns casos. Dessa forma, ao perceber a colaboração e a compreensão da família, o indivíduo passa a se sentir fortalecido e protegido.

Por fim, para os idosos entrevistados as principais redes de apoio, formais e informais, que eles recorreram foram o SAE e a família ou apenas um membro da família. A seguir algumas falas dos entrevistados:

“Só o SAE, porque eu acho que problema de doença se resolve com instituição de doença, hospital. Tem que procurar o lugar certo” (Entrevistado n° 14, sexo masculino).

“Foi aqui no SAE, eu tive todo apoio daqui né. Família e amigos não contei para ninguém não” (Entrevistado n° 10, sexo feminino).

“Primeiro, no dia, quem tava comigo era minha filha e de imediato eu liguei pros meninos que eu trabalho com eles e falei na mesma hora, eu não gosto de nada escondido porque eu não preciso esconder nada de ninguém. Aí têm o SAE também né” (Entrevistado n° 16, sexo masculino).

“Primeiro lugar que eu fui é aqui no SAE aí da família só minha irmã que morreu sabia e o filho dela também sabe e me dá o maior apoio” (Entrevistado n° 29, sexo feminino).

Como pode ser visto nas falas acima, a rede mais recorrida foi o SAE, uma vez que alguns entrevistados não contaram para ninguém sobre a doença. Dessa forma, fica evidente a importância dessa rede para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS, já que, em algumas situações, essa pode ser a única rede de apoio disponível, com a qual os idosos mantêm uma relação de confiança e onde podem falar abertamente sobre a doença.

5– CONCLUSÕES

Este estudo buscou compreender quais são os fatores intervenientes para a aquisição da doença, além das repercussões do HIV/AIDS nos domínios da vida e no funcionamento familiar do idoso. Assim, identificou-se que, em relação à forma de contágio, a maioria se deu de forma sexual, o que nos leva a refletir sobre a falta do uso de preservativos, bem como à necessidade de campanhas direcionadas para a faixa etária 60 anos ou mais, com o intuito de estar sempre alertando sobre a importância do uso dos preservativos. Além disso, é importante destacar que para a maioria dos idosos entrevistados não ocorreram mudanças significativas em seus domínios da vida.

Nas questões relacionadas ao funcionamento familiar, ressaltou a questão de que alguns idosos entrevistados mantinham sigilo acerca da doença e, devido a isso,

não vivenciarem mudanças em seu relacionamento com a família. Contudo, para os idosos que afirmaram terem contado para a família sobre a doença, a maior parte se sentiu acolhida, o que acarretou benefícios na vida dos entrevistados.

Vale ressaltar que, para o portador do HIV/AIDS, enfrentar a doença sozinho gera diversos sentimentos negativos, onde a falta de apoio da família e de amigos traz consequências negativas na adesão ao tratamento, no isolamento do paciente e na dificuldade em que o idoso tem em buscar ajuda.

Assim, pode-se concluir que o preconceito e a falta de informação que as pessoas têm sobre a AIDS levam os portadores do vírus HIV/AIDS a esconderem sua condição soropositiva, devido ao medo do julgamento e de se sentirem discriminados. Especialmente com os idosos, a vergonha é um fator importante para que esses escondam de todos o diagnóstico. Dessa forma, fica clara a necessidade de campanhas direcionadas para essa faixa etária, com a finalidade de quebrar os tabus que existem acerca da sexualidade na terceira idade. Assim, os idosos podem se sentir mais a vontade para falarem com outras pessoas sobre o assunto, bem como para buscar ajuda com suas redes de convivência, especialmente as familiares.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDAMS, Jane. Age and relative importance of major life domains. **Journal of Aging Studies**, v. 19, n. 4, p. 503-512, 2005

ALENCAR, Rúbia de Aguiar. **O idoso vivendo com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica**. 2012, 162f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ALMEIDA, Maria Rita de Cássia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Caderno de Saúde Coletiva**. v. 12, n. 1, p. 263-74, 2007.

ANDRADE, Helana Augusta dos Santos; SILVA, Susan Kelly da; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery (impr.)**. v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010.

ANTUNES, Esvaldo. **Saúde do Idoso: Políticas de Saúde e Assistência Social e as Ações Existentes nas 25ª e 26ª Secretarias do Desenvolvimento Regional (SDR)**. Canoinhas, 2012. 86f. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Universidade do Contestado – UNC, Canoinhas, 2012.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria.

Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n.4, p.544-54, 2007.

ARAÚJO, Cláudia Lysia de Oliveira; MOURA, Luciene Fernandes; CARDOSO, Natalia Aparecida. Caracterização do portador de HIV/AIDS acima de 50 anos. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 12, n. 2, p. 173-82, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERNARDI, José. **Vulnerabilidade social e AIDS: o desafio da prevenção em tempos de pauperização da epidemia**. Porto Alegre: CNBB Pastoral de DST/AIDS, 2005.

BOTTI, Maria Luciana; LEITE, Giovanna Batista; PRADO, Maria Fernanda do; WAIDMAN, Maria Angélica Paliarini; MARCON, Sonia Silva. Convivência e Percepção do Cuidado Familiar ao Portador de HIV/AIDS. **Rev. Enferm.** v. 17, n. 3, p. 400-5, 2009.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos Camargos; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambú –MG, 2008.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 157-63, 2011.

CELEDÔNIO, Luna Pinheiro; ANDRADE, Laurinete Sales de. AIDS na Terceira Idade: Sentimentos, Percepções e Perspectivas de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS. **Serviço Social &Saúde**. v. 13, n. 1(17), p. 47-60, 2014.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues. **Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e redes sociais em Belo Horizonte (MG)**, 2013, 153f. Tese (Doutorado em Demografia), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

DINIZ, Raquel Farias; SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Crenças e opiniões NO CUIDADO de idosos com AIDS: um estudo exploratório. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 23, n. 3, p.243-250, 2010.

FEIJÓ, M. R. Família e Rede Social. In: Cerveny, C. M. O. (Org). **Família e Rede Social**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2006.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; PAIVA, Simone de Sousa. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. Bras. Enferm.** v. 64, n. 6, p.1022-7, 2011.

GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Claudio Moss da. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/Aids: uma revisão. **Vitalle.** v.20, n.1, p. 107-122. 2008.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Serviço de Assistência Especializada (SAE).** Portal PJF, Fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

JARDIM, Laíse Navarro. **O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática.** Dissertação, 2012, 184f. (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

JESUS, Eleuzimar de; RIBEIRO, Elizângela Mendanha Nunes; GONÇALVES, Telma Maria de Barros. **AIDS na Terceira Idade: Uma Questão de Sexualidade.** 2012. Disponível em: <<http://fugedu.com.br/repositorio/wp-content/uploads/2015/03/AIDS-NA-TERCEIRA-IDADE-Uma-Quest%C3%A3o-de-Sexualidade.pdf>>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

LÔBO, Márcio Pereira. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS: Representações Sociais de Idosos Residentes em Zona Rural.** 2011, 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, 2011.

LOPES, P. S. D. et al. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. **Rev. da AMRIGS.** v. 55, n. 4, p. 356-360, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 31ª ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; FRAM, Dayana Souza; BATISTA, Ruth Ester Assayag; BARBOSA, Dulce Aparecida; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 25. n. 1, p.115-21, 2012.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista,** v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999.

SALDANHA, Ana Alayde de Werba; FELIX, Shenian Maria Felício; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Representações sobre a Aids na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. **PsicoUSF.** v. 13 n. 1, p. 95-103, 2008.

SALDANHA, A. A. W., ARAÚJO, L. F. A., SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: Representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Rev. Interamericana de Psicologia.** v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SCHRÖDER, Elisa Fenner. Idosos e HIV/AIDS. CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1. 2012. In: **Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST**, v. 1, p.774-789, 2012.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva; LIMA, Sílvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**. v. 37. n. 97. p. 294-304, 2013.

SILVA, L.C.; FELÍCIO, E.E.A.A.; CASSÉTTE, J.B.; SOARES, L.A.; MORAIS, R.A.; PRADO, T.S.; GUIMARÃES, D.A. **Envelhecimento e HIV: Impactos Psicossociais do Diagnóstico de Pacientes Idosos Atendidos no SAE – Serviço de Assistência Especializada – do Município de Divinópolis, Minas Gerais**. 2012. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/78/2013_78_5816.pdf>. Acesso em: 01 de Maio de 2016.

SILVA, Wilson Aparecido. **A Experiência de Conviver com HIV/AIDS na Velhice**. 209f. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 11ªed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, Gabriel D. Vieira; ALVES, Thaianne C. Alves; SOUSA, Camila M. Análise dos Dados Epidemiológicos da Aids em Idosos no Estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v. 14, n. 1, p. 49-52, 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contaminação pelo HIV, na população acima dos 60 anos tem se intensificado nas últimas décadas. Devido à estigmatização da terceira idade, é comum pensar o envelhecimento sem sexualidade, sendo que essa limitação tem como consequência a falta de prevenção por parte dos idosos. Desta forma, um dos desafios para a prevenção da infecção pelo HIV é a crença errônea de que estes não estão em risco de contrair a doença. Sendo assim, o conhecimento sobre as representações dos idosos a respeito da AIDS pode significar uma das estratégias para o processo de intervenção e atenuação de suas perdas nos diferentes domínios da vida.

Evidências empíricas mostram que a sociedade continua vendo a AIDS de forma preconceituosa e sob uma ótica dos grupos de riscos, ao não contemplar o idoso como pessoa vulnerável, dificultando assim o enfrentamento da doença, o que pode afetar os domínios da vida do idoso e o funcionamento familiar.

Pressupõe-se que os problemas vivenciados pelos idosos devido ao HIV/AIDS estejam associados com suas experiências, com o significado da doença em suas vidas. Nesse contexto, este estudo se propôs a analisar as representações da AIDS para a população idosa, examinando seus significados e repercussões, sob uma perspectiva de gênero.

Apesar de os idosos deste estudo demonstrarem ter conhecimento sobre a doença, acreditam que ainda faltam mais informações, bem como políticas e ações direcionadas especificamente ao segmento 60 ou mais. No que concerne às representações sobre a AIDS, a maioria dos idosos associa a doença com aspectos relacionados ao medo e à falta de prevenção, mas também pensam na cura e nos exames, demonstrando que existe possibilidade de conviver com a doença, apesar da mesma ser remetida a significados negativos e preconceituosos. Além disso, associam a AIDS à questão dos cuidados que precisam ter tanto no que se refere à saúde quanto com a questão da transmissão.

As representações sobre a AIDS, associadas às perdas, morte e falta de prevenção, dependem de um conjunto de fatores ou atributos socioculturais, com incidência diferenciada, em função da descoberta do diagnóstico, formas de contágio e de tratamento, nível de conhecimento, redes de apoio e mudanças na vida.

É importante destacar que, no estudo em questão, para a maioria dos idosos entrevistados não ocorreu mudança significativa em seus domínios da vida. Por outro lado, no que diz respeito ao funcionamento familiar, alguns idosos entrevistados mantinham sigilo acerca da doença e, devido a isso, não vivenciaram mudanças em seu relacionamento com a família. Contudo, para os idosos que afirmaram ter contado para a família sobre a doença, a maior parte se sentiu acolhida pela mesma, com conseqüências positivas em suas vidas e no enfrentamento da doença.

Dessa forma, o preconceito e a falta de informação que as pessoas têm sobre a AIDS levam os portadores do vírus HIV a esconderem sua condição soropositiva, devido ao medo do julgamento e de se sentirem discriminados. Assim, a vergonha é um fator importante para que os idosos escondam de todos o diagnóstico.

Tais resultados evidenciam a necessidade de se direcionar uma maior atenção por meio de políticas e práticas sociais para essa faixa etária. Enfim, deve-se reconhecer que, apesar do segmento mais jovem apresentar números mais expressivos em relação aos casos de infecção pelo HIV/AIDS, os idosos também devem ser vistos como grupo vulnerável, que necessita de ações de controle e prevenção do HIV/AIDS.

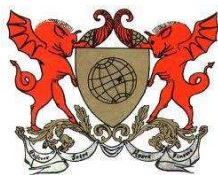
Nesse sentido, considera-se que não direcionar a atenção para essa faixa etária demonstra uma limitada atenção para um problema, que vem se agravando e que pode ser prevenido, através do aconselhamento feito por profissionais de saúde, capacitados para falarem abertamente sobre a problemática. Ou seja, é necessária a formulação de políticas públicas direcionadas para o segmento idoso, além da capacitação de profissionais da saúde para abordarem de forma cuidadosa e ética sobre esse assunto, visando conscientizar os idosos para o uso de preservativos e realização do teste rápido, como forma de detecção do vírus HIV.

Reconhece-se que nenhuma pesquisa se esgota com sua realização, pois, a partir da mesma, novas questões podem surgir, já que a construção do conhecimento é um processo fluído e mutável. Sendo assim, considera-se que o conhecimento sobre a temática em questão poderá ser ampliada com estudos direcionados para as políticas de controle e prevenção direcionadas para a terceira idade, bem como por estudos que busquem abordar os idosos que adquiriram a doença na terceira idade, procurando compreender as causas e conseqüências da doença em suas vidas.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

ENTREVISTA COM OS SOROPOSITIVOS

Entrevista n°:	Data: __/__/2015	Local:								
Nome do Entrevistado:										
PERFIL PESSOAL E FAMILIAR DO IDOSO										
Nomes dos membros residentes no domicílio	Raça	Relação c/ o entrevistado	Sexo	Idade	Religião	Grau de instrução	Estado Civil	Trabalhou no mês passado?	Principal Ocupação	Renda Média
	1- Branca 2- Parda 3- Amarela 4- Negra	1. Entrevistado 2. Cônjuge 3. Filho 4. Outros Parentes 5. Não Parentes	1. Feminino 2. Masculino	Em n° de anos	1. Católico 2. Evangélico 3. Ateu 4. Outra	1. Analfabeto 2. Ens. Fund. Inc. 3. Ens. Fund. Com. 4. Ens. Med. Inc. 5. Ens. Med. Com. 6. En. Sup. Inc. 7. En. Sup. Com. 8. Pós-Grad.	1. Solteiro 2. Casado 3. Amaziado 4. Separado 5. Divorciado 6. Viúvo	1. Sim 2. Não	1. Procurando trabalho 2. Aposent/Pensionista 3. Afazeres Domésticos 4. Estudante 5. Sem ocupação 6. Outro (especifique)	1- Menos de 1 S/M 2- Entre 1 e 2 S/M 3- Entre 2 e 3 S/M 4- Mais de 3 S/M

AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS

1. O que lhe vem à cabeça quando digo a palavra AIDS?

2. Como se deu a descoberta da doença? E com qual idade?
3. Como se deu o contágio pelo vírus HIV?
4. Já se sentiu discriminado? Se sim, como reagiu?
5. Quais foram às estratégias adotadas para a convivência com a doença?
6. Como tem sido o tratamento?
7. Quais as principais redes de apoio você recorreu?
8. Quais foram as mudanças que a doença causou nos seguintes domínios da vida:
 - a)Trabalho:
 - b)Vida Familiar:
 - c)Saúde:
 - d)Religião:
 - e)Amizade:
 - f)Situação Financeira:
 - g)Tempo Livre:
 - h)Vizinhança:
9. Quais foram as mudanças que ocorreram no funcionamento familiar, em termos de:
 - a)Composição da Família:

- b) Normas e Regras:
- c) Formas de Interação:
- d) Comportamento dos Membros:
- e) Relações de Afeto e Apoio:
- f) Conflitos:
- g) Comunicação:
- h) Envolvimento Familiar no Enfrentamento da Doença:

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Sr (a): _____

você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “As representações da AIDS para a terceira idade, sob uma abordagem de gênero: Significados e repercussões na vida do idoso e funcionamento familiar”, que está sendo desenvolvida pela discente do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Aline Oliveira Silva. O objetivo geral deste estudo consiste em: analisar as representações da AIDS para a população idosa, examinando seus significados e repercussões, sob uma perspectiva de gênero. Especificamente, pretende-se: mapear a infecção pelo HIV em população idosa no Brasil e, em especial, em Minas Gerais, identificando as ações governamentais para seu controle e prevenção; identificar o perfil socioeconômico do idoso (a) portador do vírus da AIDS, bem como os fatores intervenientes na aquisição da doença; examinar o significado da AIDS na vida do idoso (a), considerando suas reações, formas de agir e estratégias adotadas, sob uma perspectiva de gênero; e analisar as repercussões que a doença causa sobre os domínios da vida do idoso (a) e funcionamento familiar. Este estudo se justifica uma vez que a incidência da AIDS na população idosa vem aumentando e é possível observar um reduzido número de campanhas direcionadas para esse público, que tem se tornado cada vez mais vulnerável a essa doença, trazendo como consequências, perdas em suas vidas. Essas perdas não estão ligadas somente a coisas materiais, mais sim, a perdas afetivas e de laços familiares, pois o idoso pode se isolar de outras pessoas por discriminação e preconceito. Sendo assim, o conhecimento sobre as suas representações a respeito da doença pode significar uma das estratégias para o processo de intervenção e atenuação de suas perdas nos domínios da vida.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista aberta em forma de conversa que será gravada, com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do término do estudo.

Sua participação não lhe trará nenhum custo ou compensação financeira, bem como favorecimento no seu tratamento. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento pode ocasionar risco mínimo ao participante ao falar de situações de sua vivência. Nesse sentido, poderá se negar a dar qualquer tipo de informação que o constranja ou mesmo desistir da pesquisa à qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome. Os dados coletados serão utilizados com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho, e para a elaboração da dissertação de mestrado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos. Os benefícios relacionados à pesquisa e sua participação permitirão um maior conhecimento sobre as representações dos idosos sobre a AIDS, sendo possível apreender o real significado que essa doença tem para os idosos, além de compreender de forma mais aprofundada como os idosos portadores do vírus da AIDS convivem com a doença, de forma que as intervenções, em termos de políticas públicas, sejam mais efetivas.

Eu _____ declaro que entendi as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado (a) que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora e responsável. Fui esclarecido (a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em com como Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MG-CEP/UFV, no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015

Assinatura do (a) Participante:

Aline Oliveira Silva

Maria das Dores Saraiva de Loreto